

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

619

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Simone JOUANNAIS

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Née le 2 août 1910, à Saint-Pourçain-sur-Sioule (Allier)

Etude Critique des États Paranoïdes

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1940



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Simone JOUANNAIS

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Née le 2 août 1910, à Saint-Pourçain-sur-Sioule (Allier)

Etude Critique des États Paranoïdes

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale ..
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance ..
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies
 de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
 Clinique des maladies du système nerveux ...
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.
 Clinique de cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRÉ.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 PASTEUR-VALLERY-RADOT.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LÉVY-VALENSI.
 Henri BENARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 LOEPER.
 RATHERY.
 LEREBOULET.
 NOBÉCOURT.

LAIGNEL-LAVASTINE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNéo.
 GOSSET.
 GRÉGOIRE.
 LENORMANT.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 LÉVY-SOLAL.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 HARVIER.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 M. VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Gloris VINCENT.
 N...
 HAZARD.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIÉ.
 VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER . Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD ... Histologie.

MM.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DÉGREZ (H.) . Physique.
 DESOILLE ... Médecine légale.
 DIGONNET ... Obstétrique.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL .. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LENEGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgi-
 cale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.

MM.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER .. Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.
 ALAJOUANINE.
 BRULÉ.
 CATHALA.
 CHABROL.
 CHEVALLIER.
 DONZÉLOT.
 DUVOIR.
 GASTINEL.
 HUGUENIN.
 LAROCHE (G.).
 LIAN.
 MOREAU.
 PIÉDELIEVRE.
 SÉZARY.

} Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROcq.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 de GAUDART
 d'ALLAINES.
 LEVEUF.
 MOULONGUET.
 MOURE.
 QUENU.

} Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 METZGER.
 PORTES.
 VIGNES.

} Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Périculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND-MÈRE

A MA MÈRE, A MON PÈRE

*En témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance, dans l'espoir que ce tra-
vail sera l'humble récompense de leurs sa-
crifices.*

A MA SŒUR

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales.

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES VIE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et n'a cessé de nous aider au cours de ce
travail. Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre profonde reconnaissance
pour la bienveillante sollicitude qu'il nous
a toujours témoignée.*

A. NOS MAÎTRES

DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIMOR

Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Maison-Blanche.

En remerciement de sa bienveillante sympathie et de sa confiance.

Nous lui exprimons ici notre sincère reconnaissance pour les conseils qu'il nous a prodigués au cours de notre première année d'Internat.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHATAGNON

Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Maison-Blanche.

En témoignage de notre profonde admiration et de notre respectueuse reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUDOIN

Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Maison-Blanche.

*En remerciement de son enseignement.
Respectueux hommage.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEMAY

Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Maison-Blanche.

Respectueux hommage.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MISSET

Médecin-Radiologue des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

En témoignage de notre profond respect.

AU DOCTEUR HENRI EY

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

*Que nous remercions de l'intérêt et de
la sympathie qu'il nous a toujours témoi-
gnés.*

AU DOCTEUR J.-O. TRELLES,

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Lima.

En souvenir de notre camaraderie.

AU DOCTEUR J. DE AJURIAJUERRA,

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Sentiment d'affectueuse amitié.

AU DOCTEUR ANDRÉ SOULAIRAC

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

A MES CAMARADES

D'INTERNAT DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE ST-ANNE
ET DE L'ASILE DE MAISON-BLANCHE

AUX MIENS ET A MES AMIS

INTRODUCTION

La psychiatrie du XIX^e siècle se caractérise par l'effort considérable accompli pour débrouiller l'écheveau si touffu des troubles psychopathiques, pour y démêler un certain nombre de faisceaux de symptômes concordants, en un mot, pour isoler des formes morbides bien définies. En France, PINEL avait réparti les cas cliniques dans les quatre classes symptomatiques de la Manie, de la Mélancolie, de la Démence et de l'Idiotisme, et ESQUIROL avait ouvert une brèche dans le système de son maître en créant une nouvelle division, celle des Monomanies. Il les définit comme un délire partiel permanent, qui embrasse « toutes les mystérieuses anomalies de la sensibilité, tous les phénomènes de l'entendement humain, tous les effets de la perversion de nos penchants, tous les égarements de nos passions ». Dans sa Lypémanie, qui précisait la Mélancolie de PINEL, il situe les délires partiels « entretenus par une passion triste, débilitante ou oppressive ».

La séparation nette d'emblée des formes démentielles, du délire en général, représenté par la Manie, et des délires partiels a présenté, pour l'avenir de la psychiatrie française, des conséquences durables. C'est que les auteurs, animés du souci de clarté qui marque l'esprit français, se sont attachés à décrire des formes typiques, à la sémiologie franche, aux contours nets : paralysie générale, folie circulaire et

folie à double forme (BAILLARGER), délire de persécution (J.-P. FALRET, LASÈGUE), démence juvénile ou précoce de MOREL, et dans l'étiologie ils ont, à partir de MOREL, trouvé un nouvel élément de précision.

Ces qualités ont présenté par contre un revers : les théoriciens ont laissé dans l'ombre les formes intermédiaires, atypiques, bâtardes, celles qu'altèrent des incidences individuelles et notamment les nombreux cas de délires mal systématisés, à l'expression incohérente, à évolution irrégulière qui font l'objet de notre étude.

L'Ecole allemande est partie d'un point de vue tout différent. Jusqu'au milieu du XIX^e siècle, GRIESINGER admettait encore une Folie unique, et le terme populaire de VERRUCKTHEIT, par lequel il la désigne se localisera dans la suite sur ces états imprécis que l'esprit français trouvait quelques difficultés, voire une certaine répugnance à appréhender. L'effort de KAHLBAUM n'a marqué qu'une étape, et la Synthèse de KRAEPELIN, dans sa démence précoce, a fait d'emblée la place large aux reliquats de l'Entité unique, de la Verrucktheit, la Folie par excellence, complexe et irréductible à la Norme.

La dissonance qui persiste entre l'école française et l'école de langue allemande réside et se perpétue toute entière dans cette opposition. A chaque étape, l'école française dégage des formes typiques, établit leur définition rationnelle, et les délimite avec le maximum d'approximation. L'école allemande se situe dans les cas intermédiaires qui ne permettent plus les distinctions nosologiques. Le délire chronique de MAGNAN à évolution systématique était notable-

ment plus restreint que le délire des persécutions de LASÈGUE et FALRET. SÉRIEUX et CAPGRAS, en établissant leurs délires d'interprétation et de revendication ont bien circonscrit le domaine des délires systématisés non hallucinatoires qui répondent à la Paranoïa, l'ancien Wahnsinn des allemands, délire de formule surtout intellectuelle.

A l'autre extrémité du cadre, la Démence précoce des classiques français MOREL, CHRISTIAN, est demeurée bien délimitée avec SÉGLAS, avec SÉRIEUX, qui a nettement marqué les limites dans lesquelles l'apport de KRAEPELIN demeurerait légitime. Gilbert BALLET, DUPRÉ marquaient un progrès d'importance capitale en isolant la Psychose hallucinatoire chronique, dont de CLÉRAMBAULT a étudié avec une si méticuleuse précision le substratum morbide.

Mais KRAEPELIN, dans sa Démence précoce, avait encore une fois fait passer toute la Verrücktheit. Sa distinction transitoire des Paraphrénies était par avance condamnée à l'échec. La forme paranoïde de la démence précoce, les paraphrénies, finissent par englober dans leurs groupements superposés, qui ne se recoupent ni entre eux, ni avec les cadres de la nomenclature française, la totalité des états délirants hallucinatoires. Les Schizophrénies de BLEULER juxtaposent tous ces types dans un ensemble de formes que leur auteur ne considérerait lui-même, dès le titre de son ouvrage, que comme « un groupe ».

En Allemagne même, l'école de WERNICKE, l'émule de KRAEPELIN, moins connu de nous, s'est orientée dans une autre direction. KLEIST, le disciple de WERNICKE qui s'est efforcé d'appliquer à la psychiatrie

les méthodes neurologiques, a établi dans le vaste domaine des délires des syndromes cliniques et évolutifs dont son élève, Karl LÉONHARD, continue l'inventaire.

Chez nous, MAGNAN a entrepris avec LEGRAIN, avec SÉRIEUX, un effort trop oublié. Les délires des dégénérés impliquaient toute la masse des états paranoïdes. Mais quelle disproportion dans les ouvrages consacrés aux délires entre l'ampleur des chapitres relatifs aux délires systématisés et l'exiguité des passages succincts accordés au second groupe.

Il devient nécessaire de faire dans l'histoire de la psychiatrie contemporaine une place importante aux disciples de MAGNAN et de KRAEPELIN, qui ont tenté la jonction entre les deux conceptions. En Allemagne, c'est l'école de la Dégénérescence qui, avec BONHOEFFER, est partie des psychoses pénitentiaires, mais s'est laissée absorber par les recherches génétiques.

En France, SÉRIEUX et ses élèves CAPGRAS, MIGNOT, Mlle PASCAL, ont fait la part des délires hallucinatoires et interprétatifs aigus, limité la démence précoce, ébauché le défrichement des délires chroniques, de son côté HALBERSTADT, dans une œuvre originale, basée sur une connaissance approfondie de la psychiatrie allemande, n'a cessé de confronter les formes décrites outre-Rhin avec les faits et les théories de chez nous.

En face de l'effort de BLEULER, M. CLAUDE a marqué un pas nouveau. Il est en fait revenu à la Démence précoce bien délimitée de la tradition française, il a élagué les états fonctionnels sous le nom de « Schizozes ». Dans la grande fresque intermé-

diaire, il a opposé les panneaux des psychoses paranoïaques et des psychoses paranoïdes. Mais il n'a pas conservé leur valeur d'entités cliniques à des formes que les classiques avaient considérées comme bien établies.

La psychose hallucinatoire chronique, les délires d'interprétation eux-mêmes, se trouvent replongés, dans les conceptions des « structures » exposés surtout par son élève H. Ey, sur le même plan syndromique que les états paranoïdes qui seuls demeuraient « terra incognita ». Certes, nous semblons posséder un fil conducteur dans l'ensemble des délires systématisés. Mais si l'on en croit M. J. Vié, qui dans un travail tout récent, critique la valeur nosologique de la « structure » et tend à la ramener au « syndrome » c'est-à-dire en définitive à un problème posé mais non résolu, on peut se demander s'il n'est pas un peu prématuré de réduire avec les élèves de CLAUDE, des formes cliniquement bien établies à des conceptions plus générales, mais moins précises, ce qui ne leur enlève rien de leur intérêt pour la prospection du domaine résiduel encore bien vaste des délires incohérents.

Aussi bien, dans cette étude, avons-nous conservé les notions de Psychose hallucinatoire chronique de la Démence précoce, telles que les ont établies et admises Gilbert BAILLET, LAIGNEL-LAVASTINE, SÉRIEUX, CAPGRAS, Mlle PASCAL et leurs élèves.

Nous avons recherché, dans le service de M. Vié, de M. MARTIMOR, de M. CHATAGNON à l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, des malades répondant au concept d'états paranoïdes (psychose ou dé-

mence paranoïde) tels que les descriptions des auteurs nous permettent de les concevoir. Nous avons cherché à en préciser la sémiologie et l'évolution. Nous nous sommes enfin posé la question étiologique : parfois la causalité est évidente. Dans le plus grand nombre de cas, elle est discutable. Trop souvent, les conditions d'observation où l'on se trouve dans les Asiles éliminent toute possibilité de renseignement. Quoiqu'il en soit, nous inspirant des idées de M. VIÉ sur l'orientation de l'effort nosologique, et faisant suite à ses travaux sur la démence vésanique et les états terminaux des Psychoses hallucinatoires et de la Démence précoce, nous avons voulu ici apporter une contribution à la dissociation du groupe paranoïde, restreindre s'il est possible, l'aire de ces psychoses jusque-là irréductibles, ou tout au moins mettre en évidence quelques-unes des raisons de cette irréductibilité. Nous regrettons vivement que les circonstances actuelles ne nous aient pas permis de pousser plus profondément le travail d'analyse clinique et l'étude des facteurs du terrain, si précieuses en ce domaine aride, pour reprendre, élargie par les données de la science moderne, la tradition française de MAGNAN.

Nous sommes heureux de pouvoir exprimer ici notre reconnaissance à notre Maître M. le Dr VIÉ, qui, après nous avoir inspiré le sujet de ce travail, nous a permis de le mener à bien. Il n'a cessé de nous aider, de guider et d'orienter nos recherches, dans un travail qui demandait la critique de connaissances psychiatriques approfondies.

CHAPITRE I

LES DONNEES HISTORIQUES DU PROBLEME

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il faut régler la question préliminaire de la terminologie. Aussi débuterons-nous par quelques considérations linguistiques indispensables.

CONSIDÉRATIONS LINGUISTIQUES.

Les mots paranoïa, paranoïaque et paranoïde ne figurent ni dans le dictionnaire de Littré, ni dans son supplément de 1877. Mais si le mot de paranoïa commençait à se répandre dans la psychiatrie allemande, le terme paranoïde allait être employé pour la première fois, par KRAEPELIN. La paranoïa ou Verrucktheit est décrite longuement dans les premières éditions de son Traité, elle englobe alors à elle seule 70 à 80 % de la totalité des maladies mentales.

La démence paranoïde apparaît un peu plus tard dans la littérature Kraepelinienne : en 1883, dans la sixième édition de son Traité, KRAEPELIN l'ajoute aux deux variétés hébéphrénique et catatonique déjà connues de démence précoce. S'il fait une longue des-

cription clinique de la démence paranoïde, KRAEPELIN n'en néglige pas moins de nous exposer les raisons qui l'incitèrent à lui donner cette appellation. On pourrait croire à première vue qu'elle avait pour but d'exprimer une certaine ressemblance entre cette nouvelle forme de démence précoce et l'ancienne paranoïa. Mais ce n'est pas là le sens véritable de ce mot, dont la création était au contraire destinée à marquer la différence qui existe entre le groupe des affections paranoïdes rattachées à la démence précoce d'une part et le groupe des psychoses systématisées ou paranoïa d'autre part. De telle sorte que nous pourrions, interprétant le but suivi par KRAEPELIN, donner du mot paranoïde la définition « qui ressemble à la paranoïa », avec la signification « qui en diffère, tout à fait opposée.

C'est là le point de départ de confusions constantes dans la littérature psychiatrique, d'autant plus que le sens du mot paranoïa lui-même a évolué depuis KRAEPELIN. La conception de la paranoïa a varié également chez les auteurs français : alors qu'autrefois elle groupait la plupart des délires chroniques, elle ne désigne plus actuellement que des délires systématisés, à prédominance interprétative.

La langue allemande offre deux adjectifs qui ne peuvent dans les traductions être confondus sans entraîner des erreurs. « Paranoïd » ne peut être rendu que par le français « paranoïde » ; quant à « paranoïsch », il dérive de « Paranoïa » et on l'a traduit diversement. Tandis qu'actuellement, seul prévaut

en français l'adjectif « paranoïaque » qui d'ailleurs paraît de formation régulière, on a employé il y a une quarantaine d'années, les versions « paranoïque » et « paranoïen », beaucoup plus discutables. La constitution paranoïenne des auteurs italiens, TANZI et RIVA, DEL GRECO, etc., répond à la « constitution paranoïaque » de DUPRÉ : elle est à la base des délires systématisés selon les italiens. Le mot paranoïque, dérivé de l'adjectif latinisé « paranoïcus » déjà employé dès 1878, crée pour certains une nuance, bien marquée dans l'adaptation du manuel de WEYGANDT, par ROUBINOWITCH : la « démence paranoïque » de ces auteurs serait plus proche des délires systématisés que de la démence paranoïde.

Un dernier point enfin, dont nous suivrons la genèse historique et psychologique. Des diverses formes cliniques qualifiées de « paranoïdes » s'est dégagée progressivement un concept qui les unit : « Das Paranoïd » représente « un être de raison », une « essence », telle que « Das Schizoid », « Das Cycloid », entre lesquels il se place. NAYRAC a traduit ce terme par « la paranoïdie », expression heureuse qui semble d'ailleurs plus concrète que le terme allemand, plus abstrait.

A. — LES CONCEPTIONS DE KRAEPELIN : DEMENCE PARANOÏDE ET PARAPHRENIES

L'histoire des états paranoïdes commence avec KRAEPELIN. Aussi ne saurions-nous aborder ce travail sans rappeler brièvement les traits essentiels de ses conceptions. De nombreux travaux sur ce sujet ont paru depuis KRAEPELIN, mais tous s'inspirent plus ou moins directement des descriptions de ce grand clinicien, qui restent encore de nos jours une des bases les plus solides de l'œuvre psychiatrique.

Nous savons qu'en 1893 KRAEPELIN restreint le cadre de la paranoïa et en retranche un certain nombre de cas pour lesquels il crée la forme paranoïde de la démence précoce. Sous le nom de « processus dégénératifs psychiques » il définit trois formes nettes de démence précoce; la démence précoce proprement dite, la catatonie et la démence paranoïde expansive ou dépressive évoluant rapidement vers un état de confusion durable.

C'est seulement en 1899 qu'il réalise la synthèse complète de ces 3 formes et fait de la démence précoce une entité morbide bien individualisée; les 3 formes cliniques, bien que possédant des caractères tranchés, ne sont plus impénétrables l'une à l'autre, et évoluent vers un état d'affaiblissement intellectuel particulier.

Dès lors, ce nouveau groupe des démences para-

noïdes apparaît comme un groupe artificiel, transitoire, rattaché à la démence précoce par des analogies cliniques de détail, une évolution et une issue communes et sera sans cesse l'objet de remaniements de la part de son auteur. La constitution, en 1912, du groupe des paraphrénies ne marque qu'une étape transitoire, car dès l'année suivante, KRAEPELIN lui-même admet l'insuffisance de son point de vue et réintègre de nouveau les paraphrénies dans le cadre des démences précoces.

Sous le nom de « paradémences exogènes », il réunit dans un même tableau clinique : les formes typiques de la démence précoce, la démence paranoïde et les paraphrénies.

DESCRIPTION CLINIQUE DES FORMES PARANOÏDES DE LA DÉMENCE PRÉCOCE.

Elles sont caractérisées par le fait que les idées délirantes sont accompagnées de toute une série de troubles que nous observons dans les autres formes de la démence précoce.

Dans un grand nombre de ces cas on trouve des états terminaux qui sont parfaitement assimilables aux formes de démence précoce déjà décrites jusqu'ici. Dans le reste des cas, on assiste au développement d'une affection qui, malgré quelques traits particuliers, présente une parenté très proche avec les autres formes de la démence précoce.

Se basant sur des considérations d'ordre évolutif

et pronostique, KRAEPELIN distingue 2 formes de démence paranoïde, une forme grave et une bénigne, dont nous résumons les caractères :

1) *Forme grave* : dementia paranoïdes gravis de KRAEPELIN.

Elle débute par des idées délirantes simples, le développement ultérieur est caractérisé par une désagrégation de plus en plus complète de la personnalité psychique, et par des troubles de l'affectivité et de la volonté.

Dans 17 % des cas, les signes apparaissent dès le jeune âge. Parmi les sujets atteints, on trouve des vagabonds chez les hommes, dans la proportion de 17 %, des prostituées chez les femmes.

Le *début* est marqué par une période prodromique semblable à celle des autres formes de la démence précoce : céphalée, lassitude, insomnies, inquiétude, irritabilité, qui font bientôt place à des signes plus importants. Bien vite apparaissent des idées de persécution avec interprétations, puis s'installent les hallucinations. Leur apparition précoce est la règle : tout d'abord les malades voient des formes bizarres, puis des hallucinations auditives leur succèdent. Le contenu des voix est plutôt désagréable pour le malade. Sa pensée est connue par les autres, on essaie de l'influencer, de provoquer chez lui des pensées, il est victime du « transfert des pensées ». Des hallucinations de toutes sortes : olfactives, gustatives, cénesthésiques viennent s'y ajouter.

Au cours de l'évolution, les thèmes délirants les

plus bizarres se greffent sur les symptômes du début : idées hypocondriaques exprimées sous la forme d'idées de persécution et d'agression corporelle, thèmes délirants sexuels qui jouent un rôle important, surtout chez les femmes. *Les phénomènes d'influence* sont courants et donnent aux malades l'impression de manquer de liberté : on agit sur eux, soit par hypnotisme, soit par des moyens physiques : (appareils, machinés, rayons).

Dans la moitié des cas environ, des idées de grandeur surgissent à côté des idées de persécution. Dans un nombre très restreint de cas, elles dominent le tableau clinique. Elles ne s'installent en général qu'au bout de plusieurs années d'évolution.

Les erreurs de souvenir compliquent de temps en temps les idées délirantes.

Le *langage* se modifie : plus la maladie évolue, plus il est difficile de démêler de quoi il s'agit et les expressions employées deviennent de véritables énigmes. Le langage est incohérent, les néologismes fréquents.

La notion de temps, de lieu, est longtemps conservée, bien qu'on puisse observer des erreurs d'ordre délirant.

Les malades restent longtemps raisonnables; leur compréhension est relativement bonne, ils peuvent donner des renseignements sur leurs différents états et résoudre des problèmes simples, aussi longtemps que les troubles de la volonté et la démence ne jouent pas encore. Par contre, ils n'ont aucunement conscience de leur état.

L'humeur de ces malades ne montre pas une coloration particulière. Quelques-uns gardent le sentiment de leur dignité et manifestent de l'enjouement, mais souvent on les voit éclater de rire sans raison. Le plus souvent, ils deviennent violents, querelleurs, surtout au moment des règles chez les femmes. On note parfois une excitation sexuelle marquée par de la masturbation, des paroles immondes, des agressions.

Le comportement est en rapport avec les idées délirantes, mais il porte l'empreinte de la singularité et de l'incompréhensible. Les idées de persécution sont la cause d'éclats de violence et d'attaques dangereuses contre les ennemis supposés. Les mobiles de ces agressions ne sont pas toujours très nets. Les malades s'adressent souvent aux autorités pour réclamer aide et assistance.

Les hallucinations les amènent à utiliser des moyens de protection divers, à se boucher les oreilles. D'autres soliloquent, répondent aux voix, appellent dans les radiateurs, répondent la nuit aux injures et aux insultes.

Les idées d'empoisonnement peuvent provoquer un refus d'alimentation, parfois surviennent des tentatives de suicide. Les idées de grandeur mystiques conduisent à la déclamation de versets bibliques, de prêches. Certaines réactions singulières restent par contre impénétrables : il peut s'agir soit d'idées délirantes non extériorisées par le malade, soit d'impulsions dont l'origine et la cause provocatrice nous échappent. Ces troubles du comportement paraissent

comme dans les autres formes de la démence précoce, relever des perturbations de la volonté.

Ensuite nous pouvons décrire une série de phénomènes d'ordre négativiste : mutisme ou refus de répondre, de donner la main, occlusion des paupières quand on les approche. L'obéissance automatique aux ordres relève des phénomènes d'ordre cataleptique. Les malades imitent des grimaces, des appels, on les voit souvent prendre des attitudes singulières, ils restent longtemps à regarder devant eux.

Leurs manières sont très expressives.

Ils font des grimaces, avancent les lèvres, suçent leurs doigts. Ces grimaces fréquentes font penser à un langage par signes. Ils ont des mouvements disgracieux, se parent beaucoup, mais sans goût, font leur lit avec soin mais d'une façon singulière, leurs cheveux sont en désordre. Ils crachent et se mouchent, parlent sans finir leurs phrases, dans un allemand de choix, en francisant. Des manifestations irraisonnées, impulsives, s'intercalent. Souvent, on rencontre des stéréotypies : des craquements de doigts, des mouvements de balancement, des courses en cercle, des mouvements de bras plus ou moins uniformes.

Le langage : Les expressions sont décousues, ampoulées, d'une prolixité inconsidérée. Les malades ont tendance à employer les phrases ronflantes, les citations, les néologismes. On retrouve ces perturbations dans leurs écrits. Nous constatons en même temps une façon toute singulière d'alignement des

lettres et des lignes ainsi qu'une orthographe défectueuse. C'est justement ces troubles de l'expression et de l'écrit qui rapprochent le plus la démence paranoïde de la démence précoce.

Les états terminaux correspondent à ceux des autres formes : la démence maniérée, plus rarement la forme négativiste ou radoteuse.

Dans 12 % des cas, nous assistons au développement d'un simple affaiblissement sans autre addition morbide; enfin dans 12 % des cas, à une démence radoteuse. La démence paranoïde grave constitue 9 % des cas de démence précoce.

Dans 3 % des cas, on observe des accès aigus.

La forme décrite est l'une des moins favorables; l'évolution est plus chronique et plus uniforme que nous ne l'avons observée jusqu'ici. Les rémissions et les accès ne sont que passagers.

C'est une maladie de l'âge moyen et de l'âge avancé. Quelques cas n'ont débuté qu'au-dessus de 60 ans. Si l'évolution ultérieure confirme notre façon de voir, dit KRAEPELIN, on pourrait déduire que, plus l'âge est avancé, plus croît la tendance au délire expressif. L'expérience a d'ailleurs prouvé à plusieurs reprises que le délire appartient plus spécialement à l'âge mûr. Dans la paralysie générale, on voit d'ailleurs rarement des délires chez les jeunes.

2) *Forme bénigne* : Dementia paranoïdes mitis de KRAEPELIN.

Elle présente une évolution et des idées délirantes comparables à la forme précédente, mais elle se ter-

mine dans un état d'affaiblissement intellectuel particulier. Dans ce cas nous avons affaire à une infirmité psychique caractérisée par la *persistance des conceptions délirantes et des hallucinations*. Comme la personnalité est moins atteinte et qu'il n'y a pas de troubles de la volonté, nous lui donnerons l'appellation de démence paranoïde bénigne, dit KRAEPELIN.

Les malades sont presque toujours des prisonniers qui ont un casier judiciaire chargé. Quelques-uns se sont fait remarquer dès leur jeune âge par leur égoïsme, leur caractère irascible, leur méfiance. Ce n'est qu'au bout d'un certain nombre d'années qu'apparaissent les symptômes les plus marquants. Les malades deviennent méfiants, irritables, parfois menaçants et violents.

Peu à peu surviennent *des hallucinations et des idées de persécution* qui sont parfois les premiers troubles visibles. Le contenu des hallucinations auditives est le plus souvent malveillant, désagréable. Les hallucinations visuelles sont moins fréquentes, par contre les troubles cénesthésiques, les sensations de brûlures, de piqûres, ont une large part dans la formation des conceptions délirantes. Les idées de persécution revêtent souvent une forme sexuelle. Les influences exercées sur la pensée et la volonté jouent un rôle important dans les plaintes de ces malades. On force leurs pensées, ils sont forcés d'accomplir des actes par suggestion, on les étourdit, on les hypnotise. Un sentiment pénible de privation de liberté

s'y ajoute, le sentiment de l'état morbide et le besoin d'une assistance sont plus nets que dans la forme précédente, mais sans compréhension de la nature réelle de la maladie.

Dans la moitié des cas, on observe des *idées de grandeur*. Le *jugement* ne paraît pas troublé pendant toute la durée de la maladie. Ils sont bien orientés. L'humeur des malades est diversement colorée. Au début, ils sont extrêmement méfiants, querelleurs, irritables, certains font parfois des tentatives de suicide.

Plus tard, ils deviennent plus insoucians, plus indifférents tout en continuant à se montrer violents. Quelques-uns ont une humeur gaie et enjouée. L'onanisme n'est pas rare.

Leur comportement est en partie influencé par les idées délirantes. Les malades cherchent à se protéger contre les voix en se bouchant les oreilles. Certains se construisent des masques, des parapluies, des appareils divers. D'autres attirent l'attention sur eux en se plaignant aux autorités, en collant des affiches aux murs. Certains échappent aux persécutions en fuyant leur lieu d'habitation.

Leur façon de vivre est nettement influencée par la maladie. Beaucoup deviennent des vagabonds, des voleurs, font des attentats aux mœurs. Ils errent d'un endroit à l'autre, incapables de tout travail, se négligent et déchoient socialement. D'autres, surveillés, arrivent à circuler assez longtemps librement, mais gardent des particularités qui nous sont connues

comme des signes accompagnateurs de démence précoce : catalepsie, écholalie, échopraxie, négativisme, maniérisme et impulsions.

Les malades deviennent muets, distants, refusent les visites de leurs proches, se cachent sous leur couverture, refusent leur nourriture, ne donnent pas la main.

D'autres ont un comportement cérémonieux, s'agenouillent la nuit, rient sans motifs, crachent, ont un calendrier décalé, jeûnent le dimanche parce que c'est vendredi, se coupent brusquement les cheveux, cassent les vitres, jettent la vaisselle par terre. Quelques malades soliloquent la nuit, injurient leurs persécuteurs, chantent.

Leurs propos portent habituellement la marque de l'étrangeté. Leur façon de parler est pompeuse, dans un allemand recherché, avec des mots savants, des tournures compliquées. Les néologismes sont fréquents et plus particulièrement dans la description des persécutions.

Les écrits, quelquefois nombreux et uniformes, montrent souvent des traits singuliers entortillés, avec une calligraphie à peine compréhensible et des expressions étranges.

Dans l'évolution ultérieure de l'affection, les troubles les plus marquants régressent dans une certaine mesure, très lentement. Les malades sont moins farouches, plus calmes, se plaignent moins des persécutions, commencent à s'occuper un peu, mais refusent un travail régulier quand ils n'y sont pas obligés

ou quand ils ne sont pas rémunérés. Quelques-uns deviennent des travailleurs utiles. Les hallucinations et le délire persistent pourtant sans aucune modification. Ils perdent seulement de leur emprise sur le comportement des malades. Nous pouvons donc opposer à l'affaiblissement mental décrit auparavant un état terminal d'affaiblissement intellectuel hallucinatoire ou *affaiblissement paranoïde* : les hallucinations durent toujours, mais le malade n'y fait plus très attention, en parle seulement quand on le lui demande expressément. Il concède volontiers qu'il était malade, sans avoir jamais de notion très nette sur la nature de sa maladie. Une accalmie ne tarde pas à se produire. Ces malades insultent parfois violemment, mais bientôt après on peut les aborder facilement. Ces accès se produisent surtout la nuit, de pareils écarts sont rares pendant la journée.

Dans 25 % des cas, les hallucinations forment à elles seules, par moment ou de façon durable, l'unique reliquat perceptible de la maladie à sa phase terminale.

Dans les autres cas, on note des idées délirantes dont l'importance décroît progressivement. Ils en parlent comme s'il s'agissait de choses sans importance — ils ne s'en irritent plus. Quelques malades envoient encore des missives où ils exposent de façon stéréotypée leurs plaintes et leurs prétentions, s'irritent encore quand on fait allusion à leur délire, mais s'habituent à un travail régulier. Quoiqu'ils apportent toujours une certaine recherche dans leur mise du

fait de leurs idées de grandeur, ils arrivent à s'accoutumer à la vie d'Asile. Ce changement marche de pair avec un *émoussement de l'affectivité*. Les malades sont indifférents : le cercle de leurs intérêts, de leurs désirs, de leurs espoirs s'est rétréci.

On note encore des perturbations de la volonté, des singularités dans leur conduite et particulièrement dans le langage.

La forme ainsi décrite est aussi fréquente que la précédente. Une régression durable de tous les signes est excessivement rare. Dans 5 % des cas, on observe des crises aiguës.

L'ensemble des symptômes forme un tableau de pronostic défavorable, l'évolution est lente, le début commence rarement avant la 25^e année. Parmi les malades, il y a encore ici une forte proportion de vagabonds et de prisonniers. Il se pourrait qu'il s'agisse ici d'un processus particulièrement lent qui, bien avant la constitution des symptômes les plus évidents, entraîne des altérations de la vie de l'esprit, propices au vagabondage et au crime.

Il ne faut pas non plus méconnaître que le vagabondage et l'emprisonnement sont de nature à engendrer des tableaux paranoïdes.

Nous pouvons donc admettre, que nous avons affaire ici à un processus morbide à développement très lent, qui permet au malade de vivre longtemps apparemment sain, pendant que simultanément les difficultés de la vie et les influences fâcheuses favorisent le développement des idées paranoïdes.

En résumé, les deux formes de démence paranoïde — grave et bénigne — présentent un très grand nombre de caractères communs et quelques caractères différents qu'il nous semble utile de mettre en valeur.

1°) KRAEPELIN a insisté sur le rôle du terrain dans la genèse de ces affections; elles atteignent plus électivement des individus tarés, dont l'incapacité sociale est manifeste : vagabonds et prisonniers chez les hommes, prostituées chez les femmes.

2°) Leur symptomatologie clinique est très voisine à la période d'état : mêmes thèmes délirants mobiles et très variés avec idées de persécution, idées de grandeur, syndrome d'influence; mêmes modifications du langage, mêmes troubles du comportement qui les rattachent aux autres formes de la démence précoce.

3°) La véritable différence entre les 2 formes réside dans l'évolution de la maladie.

Rapide dans la forme grave, elle aboutit très vite à une ruine complète de la personnalité psychique et à un état d'affaiblissement total. Plus lente dans la forme bénigne, elle est marquée par une régression de certains symptômes et un état d'affaiblissement particulier ou *affaiblissement intellectuel hallucinatoire* : les hallucinations, les idées délirantes persistent pendant un temps assez long, tout en perdant de leur puissance sur le comportement des malades.

L'activité est moins perturbée que dans la forme précédente, les malades restent pendant longtemps des travailleurs utiles. L'état d'affaiblissement total

ne survient que de très longues années après le début de la maladie.

4°) Alors que la forme grave est presque exclusivement l'apanage des âges moyens et avancés, la forme bénigne se rencontre le plus souvent chez des sujets jeunes, avant la 25^e année.

LES PARAPHRÉNIES.

KRAEPELIN réunit sous le nom de paraphrénies un certain nombre de cas qui lui paraissent suffisamment différents des démences paranoïdes pour constituer un groupement autonome — qu'il place dans sa classification au voisinage de la démence paranoïde. — « Les para-démences exogènes » de KRAEPELIN — nous reprenons ici l'expression de NAYRAC, le mot allemand « Verblödung » signifiant littéralement affaiblissement — comprennent les deux formes hébéphréniques et catatoniques de la démence précoce, les démences paranoïdes et les paraphrénies.

Nous nous bornerons à reprendre ici l'argumentation de KRAEPELIN en faveur de la création des paraphrénies : « La désagrégation de la personnalité psychique dans la démence précoce s'effectue de telle manière que les perturbations de l'affectivité et de la volonté dominant d'emblée le tableau clinique ». Par contre, nous avons ici à nous occuper d'un nombre relativement restreint de cas, où, malgré les ressemblances multiples avec la démence précoce, les

perturbations des tendances affectives et de la volonté sont moins marquées, la structure interne de la vie psychique est moins altérée ou du moins la perte de l'unité intérieure se limite seulement à des opérations intellectuelles.

Elles ont ce point commun : l'entrée en scène d'idées délirantes qui donnent au tableau clinique une « *coloration paranoïde* ». Il y a en outre des modifications du caractère et de l'humeur qui n'atteignent jamais, jusque dans la phase terminale du mal, l'obtusion et l'indifférence si fréquentes dans la démence précoce. Les perturbations autonomes de la volonté, comme on les rencontre dans les formes si diverses de la démence précoce, existent à l'observation à un degré moindre.

Nous rappellerons pour mémoire les 4 formes de paraphrénies :

1°) *La paraphrénie systématique* caractérisée par le développement très lent d'un délire de persécution auquel s'ajoutent plus tard des idées de grandeur, ne s'accompagnant pas de désagrégation de la personnalité. Elle constitue à elle seule 50 % des paraphrénies.

2°) *La paraphrénie expansive* caractérisée par le développement d'un délire de grandeur, une humeur gaie et une légère excitation.

3°) *La forme confabulante* où les erreurs de souvenir jouent un rôle prédominant.

4°) *La paraphrénie fantastique* : dans ce cas nous

assistons à la formation de représentations délirantes touffues, incohérentes, décousues, mobiles.

La séparation des paraphrénies du groupe des démences paranoïdes basée sur la conservation durable de la personnalité psychique, la perturbation moindre des domaines de l'affectivité et de la volonté peut paraître assez arbitraire. Il paraît difficile à première vue d'établir une distinction nette entre la forme bénigne de la démence paranoïde et la paraphrénie systématique, lorsqu'en les décrivant on met justement l'accent sur les aspects psychopathiques qui, de l'une à l'autre, font une transition continue, c'est-à-dire sur « leur coloration paranoïde ».

B. — CREATION DE LA PSYCHOSE PARANOÏDE par TAMBURINI

La création de la psychose paranoïde répond au même souci qui avait amené KRAEPELIN à établir ses paraphrénies. C'est TAMBURINI qui créa, en 1910, le groupe des psychoses paranoïdes. Il attira lors du congrès de Budapest, l'attention sur la nécessité impérieuse d'individualiser un nouveau groupe entre les démences paranoïdes et la paranoïa. Nous n'avons pu malheureusement retrouver le document original de la « *Revista sperimentale di Freniatria* » dans lequel TAMBURINI expose pour la première fois ses conceptions. Nous ne pouvons rapporter qu'une ana-

lyse très succincte dans une revue française de la même époque. « Il existe, d'après cet auteur, à la fois une démence paranoïde, une psychose paranoïde et une paranoïa. Cette dernière avait dans les anciennes classifications des limites très étendues. Aujourd'hui cette appellation ne convient plus qu'à un nombre de cas bien définis. Les autres doivent être compris dans le cadre de la démence précoce (et plus spécialement dans sa forme paranoïde), et aussi dans une forme intermédiaire, la psychose paranoïde de TAMBURINI. La psychose paranoïde se distingue d'ailleurs de la paranoïa et de la démence précoce par des caractères cliniques tranchés ».

Après sa création, la psychose paranoïde reste ignorée pendant de longues années, cette conception est négligée par la majorité des auteurs qui s'intéressent davantage à la démence paranoïde. Nous verrons d'ailleurs que certains ouvrages classiques donnent de la démence paranoïde une description clinique qui correspond exactement au tableau de la psychose paranoïde, mais sans jamais employer cette dernière dénomination.

La psychose paranoïde apparaît vers l'année 1920, et connaît une vogue nouvelle. C'est surtout CLAUDE et ses élèves qui, comme nous le verrons plus loin, vont la réhabiliter. Enfin, il faut réserver une place spéciale aux conceptions de M. PRIVAT DE FORTUNIE.

LES PSYCHOSES PARANOÏDES SELON PRIVAT DE FORTUNIÉ.

PRIVAT DE FORTUNIÉ a condensé dans une communication au Congrès de Limoges, en 1932, une conception des psychoses paranoïdes, tout à fait indépendante de celle de CLAUDE; elle nous apparaît très précieuse, car elle fait le pont entre les délires des dégénérés de MAGNAN et les conceptions plus récentes. Reprenant la description de MAGNAN, PRIVAT DE FORTUNIÉ remarque que la psychose paranoïde est « un délire hallucinatoire chronique qui brûle les étapes ».

Au point de vue étiologique, il se rattache à la théorie constitutionniste, mais il fait une place aux facteurs toxi-infectieux, tuberculose, alcool, syphilis, accès confusionnels de natures diverses, grippe, puerpéralité. PRIVAT DE FORTUNIÉ signale encore la prédominance des hallucinations auditives de caractère externe dans le délire systématisé, des hallucinations psycho-motrices et cénesthésiques, toutes les deux de caractère interne dans les psychoses paranoïdes.

En terminant, il indique les nombreux cas intermédiaires qui relient les deux groupes.

C. — LES DELIRES MAL SYSTEMATISES DEVANT L'ECOLE FRANÇAISE

Au cours du XIX^e siècle, les délires chroniques incohérents n'avaient pas trouvé leur place dans la psychiatrie française. Certes, LEURET opposait les

« Incohérents », aux « Arrangeurs » et la description qu'il en a donnée dans ses « Fragments psychologiques », montre qu'il connaissait bien les malades dont nous nous occupons ici. Achille FOVILLE père, en 1829, dans son article « Aliénation » du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, CALMEIL dans ses articles du « Dictionnaire en 30 volumes » (1885), font allusion à l'évolution démentielle des délires incohérents. Mais à partir de la description, par LASÈGUE et FALRET père, du délire de persécution, par FOVILLE de la mégalomanie, l'attention se porte presque toute entière sur les délires systématisés.

MAGNAN avait opposé à son délire chronique à évolution systématique, le Délire des Dégénérés dont la description se trouve dans l'importante thèse de LEGRAIN (1886). Si LEGRAIN considère les démences précoces et les démences prématurées des sujets jeunes comme des manifestations de la dégénérescence, il définit toutes les modalités atypiques des délires chroniques par les caractères spécifiques des troubles des dégénérés. « Ils sont déséquilibrés, illogiques, excentriques, originaux dans leurs manifestations délirantes comme ils le sont normalement ». Le délire du dégénéré reflète exactement son état mental. LEGRAIN en signale la marche irrégulière, le polymorphisme. Le délire est frappé comme le psychisme ordinaire du sujet d'une véritable *ataxie cérébrale*. LEGRAIN en admet l'évolution démentielle, bien qu'il ne la juge pas fréquente. Les observations XXVIII à XLVII de sa thèse seraient rangées par nos contempo-

rains au nombre des démences ou surtout des psychoses paranoïdes.

Le pronostic, en dehors de la marche, la plus fréquente, vers la guérison — du moins en ce qui concerne les premières poussées — prévoit plusieurs modalités.

— « Délires guérissant, mais reparaissant plus tard une ou plusieurs fois pour aboutir soit à une guérison définitive, soit à l'affaiblissement de l'intelligence, soit à la démence (formes intermittentes) ».

— « Délires marchant rapidement vers la démence (démence précoce ou primitive) ».

— « Délires marchant lentement vers la démence ».

MAGNAN n'a malheureusement pas approfondi dans la suite cette branche de son œuvre. Il a étudié surtout le délire systématique et particulièrement dans son livre avec SÉRIEUX n'a maintenu le délire des dégénérés que comme une antithèse schématisée.

D. — ECOLE FRANÇAISE DES DEMENCES PARANOÏDES

La démence précoce de KRAEPELIN qui résulte de la fusion de trois groupes : catatonie, hébéphrénie, démence paranoïde, n'a pas, on le sait, conquis d'emblée droit de cité dans la psychiatrie française. Les critiques ont porté surtout sur l'extension du groupe paranoïde qui a toujours été le point faible de cette synthèse. D'une façon générale, les auteurs l'ont dé-

limité d'une façon plus ou moins stricte, mais toujours étroite.

SÉGLAS, en 1900, dans un court article, expose ses idées sur la démence paranoïde. Il l'admet, mais la limite aux cas où les idées délirantes sont tout à fait asystématiques. « Elle est caractérisée par un affaiblissement intellectuel de nature démentielle se développant rapidement et s'accompagnant pendant un temps assez long d'erreurs sensorielles et d'idées délirantes variables dépourvues de tout caractère systématique ».

L'état démentiel qui ne tarde pas à dominer toute la scène constitue pour lui le symptôme le plus frappant. Il incline d'ailleurs à croire qu'il s'agit d'un affaiblissement démentiel primitif, souvent masqué au début par des troubles psychosensoriels et des idées délirantes. Cet état démentiel à développement rapide, primitif, est bien différent de celui des démences terminales ou vésaniques qui n'apparaît que secondairement.

SÉGLAS range dans les états paranoïdes certains cas de paranoïa aiguë et les délires des dégénérés. D'autre part les traits de la constitution paranoïaque constituent le terrain d'éclosion de cette affection. Mais il lui paraît impossible de rattacher les formes fantastiques à celles qui relèvent de la démence précoce.

M. SÉRIEUX, dans son travail classique du congrès de Gand (1901) et de la Revue de Psychiatrie (juin 1902) rejette lui aussi du cadre de la démence pré-

coce les formes fantastiques. Bien que pour lui, comme pour MAGNAN, les délires systématisés hallucinatoires aboutissent en général plus ou moins tardivement, à l'affaiblissement intellectuel, il les élimine « en raison de leur physionomie clinique spéciale et de la lenteur de leur évolution », écrit-il.

La démence paranoïde, partie intégrante de la démence précoce, comporte « des idées de grandeur ou de persécution, des idées hypocondriaques, point ou peu systématisées, plus ou moins mobiles, parfois assez tenaces, avec excitation légère, et habituellement, des troubles sensoriels auditifs. Si au début elles s'associent à une réaction émotionnelle adéquate, bientôt le malade est indifférent ou même invariablement satisfait ou béat. On rencontre des signes plus ou moins accentués des formes catatoniques : verbigeration, jargonaphasie, stéréotypie. L'affaiblissement intellectuel est assez rapide : La démence survient en quelques mois ou deux ans ».

Le congrès de Pau (1904) avec le rapport mémorable de DENY sur *les Démences vésaniques*, a marqué la fin de la démence vésanique et la constitution de la Démence précoce. Mais DENY admettait alors la conception large de KRAEPELIN, il rattachait à la forme paranoïde les délires d'emblée, les délires des dégénérés, tous les délires systématisés secondaires dans lesquels il s'efforce de mettre en évidence un affaiblissement intellectuel primitif. Cette position n'était pas soutenable, l'extension du nouveau concept soulève de vives critiques de Victor PARANT qui

rejetait la démence précoce; de RÉGIS, de VALLON, de COLIN, de GARNIER, de DOUTREBENTE, de Gilbert BALLET.

MASSELON, élève de SÉRIEUX, s'appuyant sur la psychopathologie, assignait comme limite de la Démence précoce l'incoordination intrapsychique que venait de préciser STRANSKY (1904) « Cette désagrégation intégrale des éléments de l'esprit avec vie autonome mais de plus en plus réduite de ces éléments », suivant la formule établie également en 1904 par un autre élève de SÉRIEUX, par DROMARD.

Dans les années suivantes, DENY lui-même, esprit d'une lumineuse clarté, nous dit M. VIÉ, ne pouvait s'arrêter à une synthèse aussi hétérogène, se rangeait à une conception de la démence précoce restreinte, voisine de celle de SÉRIEUX : il l'a exposée dans le Traité international d'Auguste MARIE en 1911, dans « le Traité de Pathologie Médicale » de SERGENT, en 1921.

RÉGIS, Gilbert BALLET admettaient eux aussi une démence précoce limitée du côté paranoïde aux formes à évolution démentielle rapide.

C. PASCAL, dans son livre sur la démence précoce (1911), décrit la démence paranoïde comme une variété psychosensorielle de démence précoce, caractérisée par un affaiblissement intellectuel primaire et un délire stéréotypé; c'est en somme une forme hébéphrénique avec délire stable.

Son syndrome paranoïde constitue le support de notre psychose paranoïde actuelle : idées délirantes

de grandeur et de persécution à base d'interprétations fausses puisées dans le monde réel ou l'onirisme hallucinatoire, hallucinations multiples, troubles cénesthésiques intenses. L'auteur insiste sur la fréquence des idées de grandeur dans cette forme. Les réactions du malade sont dues aux conceptions délirantes de persécution et aux thèmes mégalomaniaques. Enfin on retrouve dans l'attitude du sujet des signes de petite catatonie. Pour faire le diagnostic de syndrome paranoïde il faut rechercher :

- 1°) l'affaiblissement mental primaire;
- 2°) la déchéance prédominante de l'être sentant;
- 3°) l'intensité de l'activité automatique et les manifestations motrices de nature catatonique;
- 4°) la disproportion entre l'intensité du délire et les réactions affectives;
- 5°) les caractères démentiels de l'activité délirante.

Les états terminaux sont les mêmes que ceux des autres formes de la démence précoce. Le déficit psychique est léger, moyen ou grave, selon les cas.

De même DIDE et GUIRAUD, après avoir longuement décrit dans leur « Psychiatrie du médecin-praticien » les variétés catatoniques et hébéphréniques de la démence précoce, ajoutent un bref aperçu sur sa forme « délirante ou paranoïde ».

« Le délire en est le symptôme le plus apparent. Nous avons décrit plus haut ses caractères et ses variétés. Mais les syndromes hébéphréniques sont présents : athymhormie, désintérêt, inactivité, indifférence, troubles de l'association générale des idées ».

Les phrases qui suivent sont une critique de la place nosographique attribuée généralement à cette affection, mais cette critique s'adresse davantage à la psychose paranoïde qu'à la forme paranoïde de la démence précoce.

« Certains auteurs, esquivant la dénomination complète de démence précoce paranoïde, ont tendance à en faire une forme de transition peu compromettante entre la démence précoce traditionnelle et les paraprénies, « délires progressifs ». Cette dénomination imprécise ne nous paraît pas devoir être conservée. Cependant il faut remarquer que les formes avec délire prédominant sont en général moins catatoniques et à évolution moins démentielle que les autres ».

E. — TENTATIVES ORIGINALES D'ADAPTATION FRANÇAISE DES CONCEPTIONS DE KRAEPELIN

Une place particulière doit être réservée à deux tentatives d'adaptation française des conceptions Kraepelinienes. C'est d'une part la traduction, avec adaptation française du traité de WEYGANDT par ROUBINOVITCH, et par ailleurs les nombreux travaux de HALBERSTADT, qui confronte l'observation clinique et les synthèses de KRAEPELIN.

A) WEYGANDT et ROUBINOVITCH caractérisent également le groupe des démences paranoïdes par leur évolution vers un état d'affaiblissement démentiel

terminal. Nous avons vu qu'ils employaient une terminologie spéciale pour en désigner les différentes formes.

Les démences paranoïques constituent une forme de démence précoce avec délire en apparence systématisé; elles se distinguent de la paranoïa par leur évolution vers un état d'affaiblissement intellectuel chronique.

1) *La démence paranoïque hallucinatoire* débute par des troubles psychosensoriels intenses et des idées délirantes de persécution à prédominance physique avec conservation des notions d'orientation, de la mémoire, du jugement. Ces symptômes sont accompagnés des signes caractéristiques de la démence précoce : maniérisme, tics, grimaces, impulsions, cris.

L'évolution se fait vers l'état d'hébétude et de perturbation de la volonté propres à tout état dementiel.

2) *La démence paranoïde* « n'est qu'une forme suggestible » de la démence paranoïde décrite par KRAEPELIN. Le début en est marqué par des céphalées, des insomnies, de l'angoisse, puis surviennent des hallucinations, des idées délirantes sans rapport avec les troubles de la cénesthésie et qui n'influent pas sur le comportement du sujet.

La sensibilité est diminuée, le langage très perturbé.

Enfin il existe des « tics verbaux », négativisme, suggestibilité.

L'évolution se fait après de longues années vers un état d'obtusion, de maniérisme et d'indifférence.

3) *Dans la forme fantasque*, les troubles sensoriels

passent au second plan, alors que les conceptions délirantes ont un rôle primordial. L'allure fantastique, débordante, confuse des thèmes délirants, les contradictions qu'on y rencontre portent en eux l'empreinte de la démence précoce. Les malades tirent des conséquences de leurs idées délirantes, y conforment leurs actes.

Cette forme survient chez des sujets d'âge avancé. L'état terminal consiste en une démence avec affaiblissement marqué dans les sphères affectives et volitionnelles. Une guérison relative n'est pas rare, pour un observateur non averti.

Si les deux premières formes décrites peuvent être peu à peu assimilées à celles de KRAEPELIN, il n'en est pas de même de cette forme fantasque — que la prédominance des idées délirantes et l'évolution rapprocheraient plutôt des paraphrénies.

B) LES TRAVAUX DE HALBERSTADT.

Pour HALBERSTADT il ne saurait être question de considérer la démence paranoïde comme une entité morbide, elle comprend trois formes dont la symptomatologie clinique et l'évolution, sont extrêmement différentes. Entre ces trois formes n'existe aucun caractère commun permettant de les classer dans un même groupe nosographique et de faire de la démence paranoïde une entité définie. L'une de ces formes appartient au cadre des démences précoces, mais les autres ne sont assimilables à aucune autre maladie mentale et doivent être considérées provi-

soirement comme des psychoses quasi autonomes. Trois facteurs doivent être pris en considération pour leur assigner une place dans la classification psychiatrique.

1°) L'ensemble du tableau clinique sans s'attacher uniquement à un symptôme isolé.

2°) L'évolution de la maladie.

3°) Son mode de terminaison et surtout sa phase pré-terminale.

L'auteur distingue trois formes de démence paranoïde :

1) *La forme catatonique* est celle qui se rapproche le plus de la démence précoce. Elle est caractérisée par un délire avec appoint hallucinatoire, accompagné de symptômes de démence précoce qui, souvent masqués au début, apparaissent rapidement et ne tardent pas à dominer la scène, « Le signe le plus frappant de cette forme est sans contredit cette incohérence du langage, cette diplopie particulière qui fait du discours une suite de phrases presque incompréhensibles ».

L'évolution se fait vers un état de démence et de déchéance intellectuelle profondes, qu'on distingue difficilement des autres états terminaux de la démence précoce.

2) *Dans la forme hallucinatoire*, les troubles psycho-sensoriels et les troubles cénesthésiques sont prédominants. Dans aucune autre maladie les troubles de la sensibilité n'existent avec cette intensité. Les signes de la série catatonique manquent ou sont très

peu accentués. Les troubles du langage si importants dans la forme précédente sont ici moins marqués, les écrits ne sont pas incohérents.

3) *Forme atténuée* : à la phase de début on observe un délire assez bien systématisé avec hallucinations surtout psychiques et idées d'influence.

Au bout d'un certain temps les troubles délirants et hallucinatoires s'atténuent, mais il persiste un certain état d'affaiblissement intellectuel avec des modifications du caractère.

L'évolution est relativement favorable, les malades deviennent des travailleurs dociles, faciles à diriger, ils peuvent faire un travail automatique, mais restent incapables d'initiatives personnelles dans leurs occupations et manifestent quelques bizarreries du caractère et du comportement.

De ces trois formes, la première est l'une des modalités de la démence précoce, les deux autres ne sauraient relever ni de la démence précoce, ni de la paraphrénie (assimilée par M. HALBERSTADT au délire chronique de MAGNAN); il y a lieu de les considérer comme des psychoses quasi autonomes. Leur parenté avec les deux formes décrites par KRAEPELIN n'est pas douteuse, mais il faut leur accorder une description à part.

La démence paranoïde ne serait pas une entité morbide, elle comprend des cas dissemblables et qui jusqu'à nouvel ordre peuvent être rangés dans trois chapitres différents : La démence paranoïde catatonique relevant de la démence précoce, la démence

paranoïde hallucinatoire et enfin la démence paranoïde atténuée.

Ajoutons que pour HALBERSTADT les paraphrénies diffèrent des démences paranoïdes par l'absence de signes de la série hébéphréno-catatonique et la longue conservation de l'intelligence.

F. — LES FOLIES DISCORDANTES DE CHASLIN

Nous terminerons cette revue des réactions françaises en face de la démence précoce de KRAEPELIN par la conception des folies discordantes de CHASLIN. Cette tentative trouve son originalité dans l'attitude purement clinique de son auteur. Elle forme une introduction toute naturelle à l'étude de la schizophrénie de BLEULER, dont elle représente le pendant français. Pour CHASLIN, les folies discordantes constituent un groupe provisoire. Rejetant l'idée Kraepelinienne d'une démence vraie, originelle, CHASLIN place à leur base un critère commun, *la discordance*, qu'il retrouve généralisée à tous les symptômes dans l'hébéphrénie et la folie paranoïde, prédominant au langage dans la forme incohérente ou folie discordante verbale, à la motricité dans la folie discordante motrice ou catatonique.

« L'incohérence à froid », la dissociation rapide des idées et de l'émotion, l'apparition de stéréotypies font bien correspondre sa folie paranoïde à la démence paranoïde de KRAEPELIN, l'exemple typique

qu'il en donne répond à la démence paranoïde bénigne, les autres à la forme grave. Chez tous il souligne l'hérédité psychopathique.

Peut-être CHASLIN aurait-il mieux fait comme il le suggère d'ailleurs lui-même de réserver pour les « types d'attente » sa folie discordante verbale ? Elle s'éloigne de la démence précoce et contribue à lui faire concevoir cette série ininterrompue d'états de transition, grâce auxquels il se demande « si entre la folie la plus paranoïde et la folie la plus systématisée, il n'existe pas tous les intermédiaires possibles ». Par ce côté encore CHASLIN se montre un émule français de BLEULER.

G. — LES ETATS PARANOIDES DANS LE CADRE DE LA SCHIZOPHRENIE DE BLEULER

La classification de KRAEPELIN est basée uniquement sur l'observation des faits cliniques. Avec BLEULER, la psychiatrie prend une orientation nouvelle et ce sont des considérations d'ordre psychologique qui prennent la première place. C'est en effet sur un critère psychologique que s'appuie BLEULER pour élaborer sa théorie de la schizophrénie. Le symptôme fondamental de la démence précoce réside pour lui dans le relâchement de l'association des idées auquel s'ajoutent l'indifférence affective et le désintérêt du malade par rapport à l'ambiance. La schizophrénie ne constitue donc en réalité, comme

l'indique d'ailleurs BLEULER dans le titre de son livre, qu'un groupe de maladies et même, pourrait-on dire, un symptôme commun à ces affections. Ce symptôme n'est pas caractéristique de la démence précoce et pourtant BLEULER assimile ensuite la schizophrénie à la démence précoce. Ces nouvelles conceptions ont eu pour résultat pratique d'élargir démesurément le cadre de la démence précoce. Le groupe des démences précoces comprend, outre les formes décrites par KRAEPELIN, les paraphrénies, la majorité des cas de paranoïa, le délire de persécution présénile et même l'affaiblissement hallucinatoire des buveurs.

BLEULER fragmente l'entité morbide qu'il vient de définir en quatre sous-groupes : il décrit la schizophrénie simple, l'héboïdophrénie, la catatonie et la paranoïdie « Das Paranoïd » qui seule nous retiendra ici.

Dans une note explicative de son chapitre « Das Paranoïd », BLEULER précise le sens exact qu'il attribue à l'expression « Das Paranoïd » que nous avons traduite avec NAYRAC par « paranoïdie ». Il écrit : « On ne peut pas dire forme paranoïde de la schizophrénie parce que l'expression est trop longue. En partie pour cette raison, en partie à cause d'un malentendu, beaucoup d'auteurs emploient à sa place l'expression de « démence paranoïde » qui avait été employée par KRAEPELIN dans un sens bien plus limité, et qui avait été créée par lui à une époque où il ne rattachait pas encore à la démence précoce les autres formes paranoïdes ».

Les paranoïdies apparaissent selon la définition de BLEULER comme un vaste groupe mal délimité qui ne coïncide plus avec celui des démences paranoïdes décrites précédemment par KRAEPELIN : il le dépasse largement. Les démences paranoïdes, telles que les concevait KRAEPELIN ne constituent qu'un sous-groupe, à côté d'elles viennent se placer de nombreuses autres formes cliniques. Dès le début de sa description, BLEULER indique : « A ce groupe appartient la plupart des cas typiques de l'ancienne paranoïa ».

Le début de la maladie est marqué chez les malades par l'impression d'un changement en eux-mêmes et en ceux qui les entourent. Ils rapportent à eux-mêmes des événements tout à fait indifférents, des doutes surgissent dans leur esprit, bientôt remplacés par une entière certitude. Ils ont l'impression d'un complot, ils interprètent ce que l'on dit autour d'eux, se sentant poursuivis quel que soit le lieu où ils se trouvent. Enfin surviennent les hallucinations auditives, puis les hallucinations cénesthésiques. Le malade vit dans la malpropreté, ne mange plus, reste inerte et calme, mais les idées délirantes persistent, incompatibles avec la vie au dehors, l'internement devient nécessaire. Ils perdent toute initiative, exécutent à l'Asile leurs travaux comme des machines.

Mais l'évolution ne se fait pas toujours suivant ce schéma. Bien plus fréquemment, écrit BLEULER, l'évolution est tout à fait irrégulière. Les idées délirantes surgissent comme un éclair dans un ciel serein, fixées et élaborées, tandis que le malade travaille encore.

Elles l'excitent quelques jours, puis régressent pour reparaître plus tard.

Souvent le stade paranoïde proprement dit commence d'une façon tout à fait aiguë, après des prodromes qui n'ont aucun caractère paranoïde : apparition nocturne d'un ange, du Christ, de Dieu qui montrent aux malades des voies nouvelles. On peut observer une excitation hallucinatoire de quelques heures, ou bien ils ressentent une sorte d'illumination qui leur révèle leur situation nouvelle vis-à-vis de Dieu et des hommes. « De tels instants se rencontrent principalement dans l'histoire de beaucoup de schizophrènes délirants, mais chez les non-paranoïdes, ils jouent un rôle bien plus restreint parce que l'effet n'en est pas continu ». La courbe de la maladie subit souvent de fortes oscillations qui tantôt se rapprochent de la normale, tantôt s'élèvent à nouveau (états hallucinatoires et confusionnels, états de dépression mélancolique, plus rarement d'excitation maniaque). Des symptômes catatoniques de toutes sortes apparaissent et peuvent régresser en partie dans les poussées aiguës ou au contraire persister d'une façon durable.

Il y a aussi des paranoïdes sans hallucinations avec interprétations fausses : ils accrochent une idée délirante à un événement et la maintiennent pendant des années. A cette forme se rattachent bien des querulants schizophrènes.

Dans les cas légers les idées délirantes peuvent rester « pour ainsi dire à un stade embryonnaire ».

Inversement existent des cas avec hallucinations presque sans idées délirantes. L'incertitude, l'obscurité pèsent sur le processus intérieur des hallucinations. Dans les cas graves, les malades sont incapables de travailler, « dès que les voix cessent, les malades sont calmes, souvent d'apparence tout à fait normale et comprennent leur situation ».

Enfin on peut décrire une forme avec délire érotomaniaque symptomatique ou idées de grandeur.

BLEULER termine en discutant la profondeur de l'affaiblissement qui est variable. « A côté de symptômes de la série paranoïde, la « Verblödung » (terme que nous traduirons avec NAYRAC par « paradémence »), prend naturellement plus ou moins place dans le groupe des paranoïdies », ajoute BLEULER.

« Les malades n'agissent plus du tout d'après leurs propres idées. Le Prince et le Roi aident aux travaux agricoles, l'épouse du Christ n'a aucun souci des choses célestes, mais lave mécaniquement la literie de ses compagnes malpropres, elle est heureuse d'un bonbon qu'on lui offre. Un petit nombre seulement possèdent la logique et l'énergie de mettre leurs idées délirantes en rapport avec la réalité et de souhaiter la réalisation de leurs vœux. Sur les sujets qui n'ont rien à faire avec les complexes des malades, il n'est pas possible de mettre en évidence, dans les cas les plus légers, de déficit intellectuel. Cependant les malades sont le plus souvent inconsiderés et dissociés. Au reste, l'affaiblissement affectif se manifeste de la

façon déjà décrite, mais c'est justement chez les paranoïdes vrais qu'il est le moins marqué ».

En conclusion, pour BLEULER la symptomatologie des paranoïdies est extrêmement polymorphe et nous pouvons en dégager les considérations suivantes :

1°) L'un des groupes décrit par BLEULER correspond exactement au délire systématisé de nos paranoïaques interprétants.

2°) Deux des formes décrites par lui correspondent aux démences paranoïdes de KRAEPELIN, les autres ne peuvent y être assimilées.

La première forme décrite résume l'évolution d'un délire hallucinatoire chronique systématisé avec persistance des idées délirantes. D'autres formes sont uniquement délirantes et non hallucinatoires, enfin dans d'autres les conceptions délirantes restent très frustes.

3°) Enfin BLEULER insiste sur le caractère irrégulier de l'évolution, sur la fréquence des poussées aiguës et des syndromes atypiques au début de la maladie.

4°) Les états para-démenceiels décrits par lui, pour terminer, ne sont que des états de déficit partiel, les malades sont plus dissociés que déments. Enfin les troubles de l'affectivité lui paraissent relativement légers chez les paranoïdes vrais.

H. — PASSAGE
DE LA CONCEPTION SYNDROMIQUE
A LA NOTION DE STRUCTURE DELIRANTE
(H. CLAUDE et H. Ey).

Le Professeur CLAUDE a introduit dans son enseignement la notion de schizophrénie, et l'on sait quelle évolution cette notion a suivie au cours de ses travaux. Il en a écarté une forme d'évolution démentielle répondant à la démence précoce des vieux auteurs, il a isolé le groupe des « Schizoses », affections fonctionnelles qui peuvent mener ou non, aux formes démentielles; il a confronté avec sa conception de la schizophrénie les psychoses paranoïdes; en 1925, il les a opposées aux psychoses paranoïaques, puis en 1933 aux paraphrénies. Son élève H. Ey, a repris son étude pour substituer à la notion de formes ou de syndromes morbides, celle de « structures psycho-pathologiques », au nombre desquelles nous retiendrons ici les structures schizophréniques, paranoïdes et paraphréniques.

LES PSYCHOSES PARANOÏDES DE H. CLAUDE (1925). — Dans son article de l'Encéphale, CLAUDE oppose avec une grande netteté les psychoses paranoïaques aux psychoses paranoïdes. *Les paranoïaques* exagèrent leurs tendances constitutionnelles, amplifient leur personnalité, restent en contact étroit avec le monde extérieur. Egocentristes, raisonneurs, systématiques, ils bâtissent des délires persécutifs et présentent des

réactions de défense. Ces délires fixés s'enrichissent d'acquisitions nouvelles, s'accompagnent de manifestations émotionnelles et neuro-végétatives marquées.

Chez les paranoïdes, la personnalité est déformée et désagrégée, le malade est discordant, séparé du monde extérieur, sa pensée est illogique, la systématisation du délire est lâche, imparfaite, les idées sont polymorphes, absurdes, exposées sans conviction quoiqu'avec expansivité, elles ne s'enrichissent pas, elles ne s'accompagnent pas d'une réaction émotive adéquate. Mais ces paranoïdes sont eux-mêmes divers, et CLAUDE oppose parmi eux : la démence paranoïde hébéphrénique, qui évolue vers l'affaiblissement intellectuel rapide; et la psychose paranoïde schizophrénique, activité délirante mal systématisée d'apparence incohérente, avec dissociation profonde « de type schizophrénique », mais symptômes démentiels réduits au minimum. A cette époque, CLAUDE rattachait les paraphrénies surtout aux psychoses paranoïaques.

Nous résumerons brièvement les descriptions des démences paranoïdes, des psychoses paranoïdes, et des paraphrénies telles qu'il les conçoit dans ses travaux.

1) *La démence paranoïde*, ou hébéphrénie délirante, ne représente qu'une forme délirante de la démence précoce, se distinguant des autres par la prédominance d'un délire hallucinatoire incohérent; on trouve des idées hypocondriaques et de transformation corporelle avec sentiment d'influence, des hallu-

cinations psychiques et psychomotrices évoluant avec toutes les caractéristiques de l'affaiblissement hétérophrénique, qui est un affaiblissement réel.

Pour CLAUDE, il s'agirait même d'une démence primitive qui explique le caractère illogique du délire dès la période du début. Son pronostic est grave. Elle aboutit à l'incohérence verbale avec néologismes, salades de mots, schizophasie, obtusion intellectuelle et affective. L'incapacité sociale est absolue, le malade n'est capable d'aucune activité utilitaire.

2) Dans la *psychose paranoïde schizophrénique*, les symptômes démentiels sont réduits au minimum : il s'agit en réalité d'une dissociation profonde de la personnalité du type schizophrénique donnant au tableau clinique une apparence trompeuse d'affaiblissement démentiel. L'activité délirante est incohérente à première vue; là encore existent des signes de discordance et de dissociation psychique. Mais l'intégrité du fonds mental est assez bien conservée, surtout relativement à l'incohérence du délire. Enfin on constate une diminution de l'affectivité. Le délire est remarquable par son polymorphisme et sa variabilité. les idées de grandeur sont fréquentes.

Les acquisitions anciennes sont bien conservées, mais il y a perte de toute activité pragmatique et intellectuelle à la période d'état de la maladie. La capacité d'action des malades est longtemps perturbée par l'incohérence des idées délirantes, mais elle finit par se fixer sur un plan d'ordre inférieur. Ici encore la terminaison démentielle est possible et même fré-

quente, mais elle survient tardivement. Le développement de ces affections doit être attribué au refoulement de complexes affectifs anciens.

3) La question des *paraphrénies* fut longuement débattue dans ces dernières années. Au début, la paraphrénie expansive fut classée parmi les psychoses paranoïdes, alors que la paraphrénie systématique était plutôt rangée dans les psychoses paranoïaques. Plus tard, on s'aperçut que le qualificatif de paraphrénie schizophrénique était lui-même impropre. Il était donc logique de retrancher les paraphrénies du groupe des « psychoses schizophréniques ». Bien d'autres raisons incitèrent encore CLAUDE à les différencier en un groupement autonome. Le délire paraphrénique extrêmement actif et riche conserve des apparences de systématisation, il ne présente pas l'incohérence des délires paranoïdes, il évolue sur un fond « schizo-maniaque ». Il exprime des vues idéalisées, résultat de l'exagération des tendances imaginatives du sujet. Dans l'ensemble, il n'y a pas les troubles du cours de la pensée, les incapacités d'adaptation au réel que l'on trouve dans les états paranoïdes. Les troubles du comportement sont réduits au minimum. En tous cas les états terminaux ne s'accompagnent jamais de cet affaiblissement intellectuel qui est la caractéristique des démences précoces paranoïdes.

4) Enfin il nous reste à parler des *états paranoïdes symptomatiques*, également mentionnés par l'école de CLAUDE. Ils se rencontrent au cours de processus

comme les syphilis cérébrales, l'encéphalite, la tuberculose, l'alcoolisme et surtout dans les psychoses puerpérales. Ils réalisent un tableau clinique très voisin des formes précédentes à côté desquelles ils doivent prendre place.

ETATS SCHIZOPHRENIQUES ET PARAPHRENIES

(H. Ey)

Il appartenait à H. Ey, qui depuis 1930 a développé tant de vues originales en psychologie pathologique, de situer à nouveau les paraphrénies par rapport aux états schizophréniques.

En 1934, étudiant la « position actuelle des problèmes de la démence précoce et des états schizophréniques », il en trouve le noyau commun dans la *discordance* de CHASLIN, et il définit cette discordance par « l'ataxie intrapsychique irréductible dans son fond à un mécanisme purement psycho-génétique », comme l'avaient fait les auteurs allemands. H. Ey centre son questionnaire sur les formes délirantes. Il se demande si les formes hébéphréno-catatoniques doivent entrer dans le groupe des folies discordantes. Le noyau de celles-ci, la *schizophrénie délirante* répond à la démence paranoïde. A l'autre pôle faut-il aussi rattacher aux psychoses discordantes ces « délires luxuriants, prolixes, absurdes, paralogiques, de type vraiment archaïque avec intégrité du fonds mental et de la personnalité, contraste qui en constitue le

trait le plus remarquable ? *Pour ces psychoses paranoïdes*, dont « les cliniciens sentent le besoin en faisant leurs certificats », EY fait revivre le mot de paraphrénie.

La notion de structure psychologique. Cependant l'intrication profonde des phénomènes morbides représente, comme le disent EY et ROUART, une « échelle mouvante qui décourage les classifications statiques », les troubles mentaux ne cessent de varier en fonction du temps et de la personnalité du malade. EY revient ainsi à substituer à la notion de signe particulier la notion de *structure pathologique* qu'il définit « l'ensemble des troubles vécus par le malade comme des événements et observés par le médecin comme un état psychopathique typique ».

Ces structures pathologiques caractérisent chacune un niveau de dissolution de l'activité psychique, selon la vaste interprétation dynamique de l'œuvre de Hughlings JACKSON, élaborée par H. EY et ROUART. Dans tous ces cas il s'agit de dissolutions uniformes, c'est-à-dire de dissolutions s'étendant à l'activité psychique toute entière. EY n'admet pas que des troubles mentaux puissent être en rapport avec des dissolutions partielles. L'échelle des structures comporte de haut en bas, suivant la profondeur de la dissolution, les structures névrotiques, paranoïaques, oniroïdes, dysesthésiques, maniaques et mélancoliques, confuses, stuporeuses, schizophréniques et démentielles. Dans son travail sur « le Groupe des psy-

choses hallucinatoires chroniques », NODET fera une place aux structures paraphréniques et paranoïdes.

Aux termes de cet effort psychopathologique, qui a permis à ces auteurs d'approfondir avec tant d'intérêt les mécanismes psychiques des délires, et dont nous n'avons pu que schématiser ici quelques points, nous retrouvons donc — structure ou syndrome — les groupes entre lesquels nous avons vu se partager, sur le plan clinique, tous les auteurs depuis KRAEPELIN : Paranoïaques, paraphréniques, paranoïdes, schizophréniques, sont les formes délirantes mises en évidence par l'observation des malades, en dehors des considérations évolutives et étiologiques.

TENTATIVE DE DEMEMBREMENT DE LA DEMENCE PARANOÏDE (NAYRAC ET L'ÉCOLE DE LILLE).

La constatation même de cette absence d'unité, de cette pure valeur symptomatique des états paranoïdes a conduit l'école de Lille et particulièrement M. NAYRAC, élève de RAVIART, à rejeter la démence paranoïde du nombre des entités morbides et à en tenter le démembrement. Il expose ses conceptions dans sa thèse parue en 1924.

Un an plus tard, MM. RAVIART et NAYRAC publient un article qui confirme leurs conclusions. Pour eux, les paraphrénies constituent un groupe très voisin

des démences paranoïdes. Ils ne font pas mention du groupe intermédiaire, les psychoses paranoïdes.

1°) *Etude clinique* : NAYRAC donne de la démence paranoïde le tableau clinique suivant : « Qu'il s'agisse de paraphrénie ou de démence précoce, le qualificatif de paranoïde s'applique à un ensemble de faits cliniques ayant en commun un point de ressemblance avec la paranoïa, l'existence d'un délire ou plus exactement d'idées délirantes. Toutes les variétés de délires s'y rencontrent et leur évolution est essentiellement chronique. Les troubles psycho-sensoriels, mises à part les hallucinations visuelles, forment la base quasi-constante de ce délire. C'est un délire mal systématisé, même s'il revêt des apparences de systématisation au début de l'affection. L'évolution se fait vers un état de « para démence » (Verblödung) des auteurs allemands en passant par différents stades de dissociation de la personnalité ».

Cet état « paradémientiel » est caractérisé par des discordances diverses, de l'obtusion affective, des néologismes du langage. La mémoire reste intacte. La dissociation de la personnalité très marquée dans la démence paranoïde est moindre dans les paraphrénies.

« En résumé, la démence paranoïde est caractérisée par un ensemble d'idées délirantes chroniques hallucinatoires, mal systématisées avec schizophrénie », conclut NAYRAC.

2) *Essais de classification* : L'auteur se propose d'établir sa classification en procédant à l'étude cli-

nique de chacun des éléments du tableau morbide. Il lui paraît indispensable de pratiquer une dissociation à l'intérieur même du vaste groupe des démences paranoïdes.

Si l'on considère tout d'abord le délire hallucinatoire, il n'est pas fondamentalement différent du délire systématique de la paranoïa et il ne faut pas rejeter à priori son origine dégénérative. Dans un certain nombre de cas sa systématisation apparente est bien inférieure à celle des délires interprétatifs, mais il n'en présente pas moins une cohésion très suffisante. Dans d'autres cas, cette cohésion est amoindrie par des processus pathologiques surajoutés; ils amènent la psychose systématisée chronique à revêtir une allure mal systématisée. Les délires ainsi réalisés pourraient être confondus avec des délires paranoïdes en raison précisément de leur mauvaise systématisation. Trois causes principales peuvent entrer en jeu :

a) la débilité mentale ainsi qu'on le constate dans les délires des dégénérés de MAGNAN;

b) l'affaiblissement vésanique succédant à un délire chronique;

c) la psychose maniaque dépressive.

« Ces délires compliqués de débilité mentale, de psychose maniaque dépressive par l'absence de systématisation et les tableaux discordants qu'ils entraînent ont un air de ressemblance avec la démence paranoïde qui peut être la source de nombreuses erreurs. Ce sont de fausses démences paranoïdes à

marche plutôt aiguë, il leur manque la schizophrénie ».

La schizophrénie en effet constitue le symptôme basal de la démence paranoïde.

1°) Elle peut résulter de l'évolution psychologique d'un complexe délirant : c'est la schizophrénie psychogène.

2°) La schizophrénie lésionnelle résulte, au contraire, des lésions de la démence précoce. C'est une maladie acquise, d'étiologie encore indéterminée. Les facteurs héréditaires et constitutionnels ne jouent en tout cas qu'un rôle minime dans cette étiologie. Peut-être faut-il placer au premier plan les troubles endocriniens.

La dissociation d'emblée à son maximum chez les schizophrènes est progressive dans les délires chroniques.

3°) Enfin le processus démentiel précoce peut survenir chez un individu déjà délirant, donnant aux conceptions délirantes une allure incoordonnée, illogique, absurde. La triade de la démence paranoïde se trouvera ainsi réalisée.

4°) Le dernier cas est celui où la schizophrénie apparaît sur un terrain particulier, chez un paranoïaque constitutionnel.

Le tableau suivant résume ces données :

I) Délires chroniques purs	{	Délire d'interprétation.
		— d'imagination.
		— hallucinatoire.

II) Fausses démences paranoïdes	{	Délire chronique + débi- lité mentale.
		Délire chronique + psy- chose maniaque dé- pressive.
		Délire chronique + dé- mence vésanique.
III) Démences paranoïdes	{	Constitutionnelles: délire chronique + schizo- phrénie pathogène.
		Mixte : délire chronique + schizophrénie lésion- nelle.
		Acquise : schizophrénie lésionnelle + constitu- tion paranoïaque.
IV) Démences précoces pures	{	Schizophrénie lésionnelle (hébéphrénio-catatonie).

En résumé : la démence paranoïde ne saurait être considérée comme une entité morbide, elle apparaît comme un syndrome, caractérisé par une triade symptomatique : délire, hallucination, schizophrénie.

Les fausses démences paranoïdes doivent être éliminées car il leur manque un symptôme essentiel : la schizophrénie.

Les formes les plus typiques de la démence paranoïde pourraient se définir soit « comme des délires systématisés dissociés, soit comme des processus démentiels précoces survenant chez des délirants ».

VUE D'ENSEMBLE SUR L'HISTORIQUE DES ETATS PARANOÏDES

A la fin de cette revue historique, à la fois longue et bien incomplète, des travaux consacrés aux états paranoïdes, nous pouvons dire que le terme « paranoïde », qui indique à la fois la ressemblance et la dissemblance avec le terme initial de « paranoïa », cherche à définir les points communs de plusieurs formes disparates incapables de subsister isolément.

La démence paranoïde de KRAEPELIN était à l'origine une des modalités de la démence précoce, mais elle n'en peut constituer une forme clinique permanente. Des malades qui ont présenté un épisode initial délirant passent plus tard par une phase catatonique, hébéphrénique ou inversement. Et si cet échange de manifestations peut déterminer les limites de la démence précoce, la définition de l'entité ne proviendra pas des caractères paranoïdes, mais seulement des critères pathognomoniques communs à ses diverses modalités constituantes.

Les paraphrénies de KRAEPELIN, les psychoses paranoïdes, à l'autre extrémité du groupe, présentent des rapports analogues avec la psychose hallucinatoire chronique. Ils constituent des formes atypiques de l'entité minimale décrite par Gilbert BALLET. L'évolution est plus précipitée que dans le type princeps, la systématisation moins rigoureuse. Mais la psychose hallucinatoire chronique, type Gilbert BALLET, ne

répond pas au délire systématique de MAGNAN, qui lui aussi n'en est qu'une forme clinique spéciale.

On ne saurait trop se mettre en garde contre les interprétations, variables suivant les auteurs, du vocabulaire et des erreurs commises dans leurs équivalences; la thèse de FREY apporte à ce point de vue un guide bien précieux; mais trop souvent, dans les travaux successifs d'un même auteur, on relève l'emploi des mêmes termes sous des acceptions différentes. Mieux vaut donc n'employer qu'une terminologie nette, et réserver les divers termes au sens précis attribué par leurs auteurs; cette considération a amené DIDE et GUIRAUD à renoncer presque complètement à l'emploi du mot « paranoïde »...

Le caractère « paranoïde » d'un état clinique observé à un moment donné de l'évolution n'indique d'ailleurs jamais que toute l'évolution sera marquée du même sceau. Il n'est plus possible de considérer les états terminaux comme pathognomoniques. Des affections de type, ou selon le mot de Ey, de « structure paranoïaque », à leur début, prennent à un stade ultérieur un caractère nettement paranoïde. LAIGNEL-LAVASTINE et Pierre KAHN, à propos d'un cas particulier, envisageaient cette évolution, à la Société de psychiatrie, en 1927. GAUPP, dans un article récent sur le développement de la psychiatrie allemande, rapporte comment des examens de contrôle, faits par KOLLE, ont montré la transformation progressive de tableaux paranoïaques apparemment typiques en schizophrénies paranoïdes. De tels faits,

d'ailleurs bien connus en France, depuis la thèse de TERRIEN, enlèvent aux « structures » leur valeur de base nosologique. Trop souvent l'état paranoïde ne survient qu'à la phase de séquelle d'une maladie mentale initiale qui cesse d'être reconnaissable.

Entre la démence précoce et la psychose hallucinatoire, de nombreux états paranoïdes relèvent ainsi d'étiologies toxi-infectieuses qu'il sera possible de déterminer. Il nous semble que seule l'école française moderne s'est engagée dans cette voie, que nous nous efforcerons de suivre dans notre travail.

Nous sommes ainsi orientés avec l'école de Lille, vers un démembrement du syndrome paranoïde.

Il n'en reste pas moins à préciser l'origine de ce cachet spécial d'atypisme, d'incohérence délirante, qui, pour tous les auteurs, est commun à tous les états paranoïdes, qui réalise leur liaison psychopathologique. L'historique nous offre, dans l'œuvre de MAGNAN, une voie qui n'a pas été suivie jusqu'à son terme. Le terrain, dont les recherches modernes ont approfondi la valeur, semble présenter ici des données particulières. Tous les auteurs, depuis KRAEPELIN, jusqu'à PRIVAT DE FORTUNIÉ, ont noté l'importance du déséquilibre antérieur des futurs paranoïdes, la gravité des tares héréditaires que ce déséquilibre reflétait. Nous en viendrons à nous demander si la paranoïdie n'est pas, dans chaque affection mentale, la condition d'une forme clinique qui traduit ce terrain spécial.

CHAPITRE II

SEMIOLOGIE DES ETATS PARANOÏDES

Quels sont les caractères cliniques qui au cours de l'examen d'un malade, le font classer aussitôt dans le groupe paranoïde ? Quels éléments communs constituent, en pratique, le syndrome qui a permis de réunir des tableaux si variés ?

C'est ce que nous allons indiquer tout d'abord. Puis nous dégagerons les deux grands aspects cliniques extrêmes du groupe, d'une part les états démentiels avec formule paranoïde, qui se rattachent à la démence précoce, d'autre part, les délires paranoïdes qui se rattachent à la psychose hallucinatoire chronique. Nous nous efforcerons de définir les caractères différentiels de ces deux séries.

Caractères communs à tous les états paranoïdes :

On peut schématiquement leur reconnaître quatre caractères fondamentaux :

1°) Ce sont des états foncièrement *délirants*. Le délire paranoïde revêt un caractère d'incohérence, de polymorphisme, d'étrangeté qui lui donnent une phy-

sionomie bien spéciale. C'est un délire hallucinatoire marqué par des troubles psycho-sensoriels intenses prédominant dans le domaine cénesthésique et psychomoteur.

2°) Les troubles du langage constituent le deuxième caractère essentiel : du manque de systématisation du délire, du trouble de la pensée, on passe très vite à l'altération profonde du langage qui se manifeste par des néologismes, par *l'incohérence* de la syntaxe, à des degrés très divers.

3°) Les troubles du comportement répondent à la note spéciale du délire hallucinatoire et du mode de pensée entièrement nouveau qui se retrouve à la fois chez les déments paranoïdes et chez les malades atteints de psychose paranoïde. Les malades sont plongés dans un état de désintérêt total du milieu extérieur, leur inadaptation au réel se manifeste dans tous les domaines de leur personnalité et jusque dans leurs fonctions psychiques essentielles. Le délire constitue la manifestation de l'autisme délirant.

4°) *Les états terminaux* de ces affections sont toujours marqués par de l'affaiblissement intellectuel : celui-ci peut même survenir précocément ainsi que nous le verrons dans la démence paranoïde. Cet affaiblissement peut être léger, moyen ou grave. Tous les états de déficit peuvent s'y rencontrer et la nature même de l'affaiblissement servira à différencier au cours de leurs phases terminales les formes cliniques essentielles.

Enfin, remarquons-le, les états paranoïdes ont été

toujours étudiés au cours de psychoses *chroniques*. Or des psychiatres contemporains ont tendance à employer le qualificatif de « paranoïdes » même au cours de psychoses aiguës, qui présentent des délires peu cohérents avec automatisme mental et quelques expressions étranges. En voici un exemple, nous ne le rapportons que pour mémoire, car dans ce travail nous n'envisagerons pas cet aspect de la question, qui met en cause les éléments de pronostic en présence d'un état aigu.

OBSERVATION N° 1.

Psychose hallucinatoire subaiguë. Fond de débilité mentale. Inquiétude liée aux événements. Ap-point alcoolique récent. Bouffée délirante. Guérison.

Pog... Geneviève Vve De..., née en 1901, manœuvre spécialisée. Séjourne à Maison Blanche pendant quinze jours en septembre 1939.

A. C. : 1 sœur bègue atteinte de surdité.

Mari mort tuberculeux.

A. P. : Aucun antécédent pathologique.

A eu 13 enfants dont 7 vivants sont âgés de 5 à 15 ans. A été, dit-elle, « médaillée comme mère méritante et 2 fois diplômée ». Habitudes récentes d'intempérance : excès de boisson avoués, apéritifs.

Début de la maladie brusque au début de septembre 1939 déclenché par la mobilisation de ses frères, de son beau-frère et le placement de ses enfants en 4 endroits différents, ce qui l'inquiète beaucoup.

Certificat d'entrée à Henri Rousselle, 5 septembre 1939, Dr DUPOUY : « Est atteinte d'une psychose paranoïde. Idées de persécution. Elle est hypnotisée par le parti communiste.

Sent des courants électriques : on la force à parler. Entend des voix qui la commandent ».

Examen du 7 septembre 1939 :

Idées d'influence et de persécution : Est hypnotisée depuis 2 mois par le parti communiste. Elle s'endort en travaillant, elle est complètement électrisée. On la commande. Elle se sent espionnée; il y a toujours des gens derrière elle. C'est la voix d'un autre qui s'exprime par ses poumons. Tous ses camarades d'atelier sont de connivence contre elle. Elle croit qu'elle peut faire cesser la guerre.

Désordre des actes : se promenait dans la rue avec son chapelet en faisant des prières.

Ouvrait sa fenêtre la nuit et appelait ses voisins.

Evolution : Sédation rapide des troubles.

Sortie guérie fin septembre 1939.

Après cette digression nous reprendrons un à un les divers éléments du tableau clinique, pour étudier ensuite le langage et enfin les états terminaux.

1°) DELIRE PARANOÏDE

Le délire paranoïde constitue la caractéristique dominante des états auxquels on donne son nom. Conceptions délirantes et hallucinations à prédominance psychomotrice et cénesthésique s'y trouvent indissolublement liés. Ce délire n'est en réalité qu'un ensemble de conceptions délirantes mal organisées, sur un mode paralogique, qui leur confère des caractères d'impénétrabilité et d'incohérence. C'est un délire descriptif, le malade y fait une description détaillée de ses états affectifs successifs. Les facultés imaginatives, l'autisme délirant y jouent un rôle très im-

portant. Quatre traits principaux peuvent servir à le caractériser :

1) Son absence d'organisation. Le délire paranoïde se fixe plus qu'il ne se systématise. Il présente quelquefois au début une apparence de systématisation qui ne résiste pas à un examen plus approfondi.

2) Son incohérence foncière, « incohérence à froid » que n'explique aucun support affectif.

3) Son polymorphisme, sa mobilité liée à son caractère imaginatif.

4) L'aspect étrange, souvent fantastique des conceptions délirantes.

A) LES THÈMES DÉLIRANTS.

Nous devons placer au premier plan les thèmes hypocondriaques et les thèmes d'influence qui sont les plus fréquemment rencontrés.

Ils sont si intimement liés aux troubles cénesthésiques que nous ne ferons que les mentionner ici. Nous les décrirons plus complètement avec ces troubles. A ces thèmes hypocondriaques et d'influence se joignent des idées érotiques, des thèmes sexuels, des idées de grandeur, des idées mystiques et enfin quelques idées de persécution.

1°) Les thèmes sexuels et érotiques sont fréquents. Très actifs à la période de début dont ils constituent souvent le premier symptôme, ils perdent peu à peu leur tonalité affective. Ils se manifestent sous forme de préoccupations amoureuses, de projets de ma-

riage, plus rarement sous forme d'idées de jalousie conjugale. Les idées érotiques s'extériorisent en propos obscènes stéréotypés.

Les idées délirantes de grossesse peuvent se rattacher aux précédentes.

Ces thèmes sont particulièrement actifs chez les malades qui accusent des troubles de la cénesthésie génitale.

2°) Les idées de grandeur ne sont pas rares et peuvent influencer fortement sur le comportement des malades, tout en restant sans action sur leur affectivité. Elles sont niaises, puériles, comparables dans leur absurdité à celles de paralytiques généraux.

3°) Souvent elles prennent la forme d'idées mystiques : pouvoir divin, puissance surnaturelle; idées de possession par des êtres maléfiques.

4°) Les idées de persécution sont les mêmes que dans les autres délires de persécution : allusions, moqueries, espionnage, hypnotisme avec intervention de puissances occultes. Mais les déments paranoïdes ne les approfondissent pas, ils ne recherchent ni les auteurs, ni leur but, ils manifestent quant aux persécutions le même désintérêt, la même indifférence que dans les autres conceptions délirantes. Les idées de persécution physiques sont les plus développées comme nous le verrons en étudiant les troubles cénesthésiques.

Les idées de revendication sont rares, elles n'apparaissent qu'à titre accessoire au cours d'états impulsifs avec idées de persécution. Elles présentent le

même caractère inadéquat et discordant que les précédentes.

5°) La fabulation, les erreurs de souvenirs, les fausses reconnaissances, les illusions de sosies se trouvent fréquemment à la base des conceptions délirantes paranoïdes.

B) LES TROUBLES CÉNESTHÉSQUES.

Nous répétons qu'ils sont particulièrement marqués dans les syndromes paranoïdes. Il est difficile de les décrire avec netteté, le malade ne s'en fait lui-même qu'une idée incertaine et en parle avec l'imprécision qui lui est habituelle. On les observe dans toutes les sphères et principalement dans les sphères cérébrales et génitales.

Ils revêtent en général un caractère pénible mais entraînent peu de réactions de la part du sujet.

Troubles de la cénesthésie viscérale et idées hypocondriaques.

Les thèmes délirants hypocondriaques s'expriment à la période chronique de la maladie sous forme de lamentations stéréotypées plus ou moins liées aux troubles de la cénesthésie et aux sentiments de transformation corporelle. Les paranoïdes accusent presque tous des sensations viscérales désagréables portant la marque de l'étrangeté. Ils les dépeignent longuement sous forme de tortures insupportables, mais

leurs récits ne s'accompagnent d'aucune manifestation affective. Ces sensations consistent en brûlures, en piqûres, en secousses électriques, en broiement du corps dans un étau. Parfois ces troubles dominent le tableau clinique et réalisent le délire de persécution physique décrit par KRAEPELIN.

Troubles de la cénesthésie cérébrale.

Il s'agit très souvent de sensations de vide, d'arrêt de la pensée, d'idées de mort ou de résurrection. Il faut faire une place à part au sentiment de transformation corporelle qui peut aboutir à des idées de négation d'organes, comme dans le syndrome de COTARD. Si fréquents chez les D. P. tous ces troubles peuvent être considérés comme des formes diverses du sentiment de dépersonnalisation et d'étrangeté. BALVET dans sa thèse insiste sur les diverses modalités de ce sentiment de dépersonnalisation : sentiment de perte de l'élan vital, de perte de la substance corporelle, de perte de l'unité personnelle, de non reconnaissance du moi et du mien. Il peut s'exprimer de diverses façons : thèmes du retour éternel et de la fabuleuse vieillesse, de négation d'organes, de mort et de résurrection. Latents chez les déments paranoïdes, ces thèmes sont mieux extériorisés chez les malades atteints de psychose paranoïde où ils acquièrent une allure plus ou moins fantastique.

Les délires nosophobiques peuvent se rattacher aux thèmes hypocondriaques : en effet la croyance à

des maladies graves est très-fréquente et parmi celles-ci le maximum de fréquence revient à la syphilis.

Troubles de la cénesthésie génitale.

Ils sont très souvent rencontrés, surtout chez les femmes : sensations de viol, de jouissances nocturnes, de rapports sexuels imaginaires. Ils s'intensifient au moment des périodes menstruelles.

C) SYNDROME D'INFLUENCE.

Ces divers troubles cénesthésiques sont inséparables de ce que l'on décrit généralement en psychiatrie sous le nom de syndrome d'influence. KRAEPELIN avait déjà attiré l'attention sur l'impression d'une influence étrangère, d'un manque de liberté ressentis par les déments paranoïdes. Ce syndrome d'influence consiste, pour le malade, en l'impression de substitution d'une volonté étrangère à sa volonté propre, il assiste à un véritable anéantissement de sa personnalité. Les phénomènes d'automatisme mental décrits par de CLÉRAMBAULT sont presque toujours présents chez les déments paranoïdes : les malades ne sont plus maîtres de leur pensée qui est connue du monde extérieur et sans cesse répétée. Ils sont soumis à la pensée des autres, on se sert d'eux pour parler, on les suggestionne, on pratique sur eux la transmission de pensée. Parfois on les empêche de

parler; quelquefois ils ont l'impression inverse d'une action sur les personnes de l'entourage. Le déroulement automatique de la pensée auquel on a donné le nom de *mentisme* a été mis en lumière par MM. HEUYER et LAMACHE. « C'est, disent-ils, le premier terme de la dissociation intra-psychique, le premier phénomène qui marque l'extériorisation de la pensée du sujet, que celui-ci ne reconnaît plus pour sienne. Il s'accompagne de diminution de l'activité et d'indifférence affective ».

Pour expliquer ces actions sur leur pensée, les malades invoquent l'hypnotisme, le spiritisme, les interventions magiques. La pensée paranoïde rejoint ainsi la mentalité primitive.

D) LES HALLUCINATIONS.

Au cours de la démence paranoïde les hallucinations sont fréquentes et multiples, elles sont loin de présenter la même netteté que dans les autres états hallucinatoires, il est souvent difficile de faire préciser au malade dans quel domaine surviennent les troubles psycho-sensoriels. Les hallucinations auditives sont fréquentes, les hallucinations visuelles sont par contre extrêmement rares. Au début de la maladie, elles revêtent le même caractère pénible que les idées de persécution physique, mais elles perdent peu à peu de leur importance.

1°) *Hallucinations auditives* : les hallucinations auditives élémentaires sont fréquentes, elles sont ra-

rement isolées, plus souvent accompagnées d'hallucinations auditives verbales. Le malade accuse des bruits de machine, de grincements, des sifflements. Les voix sont souvent multiples, leur contenu est presque toujours injurieux, désagréable, impératif.

Les hallucinations psycho-motrices verbales sont très courantes, le malade n'arrive d'ailleurs pas toujours à percevoir nettement d'où viennent les voix.

2°) *Les hallucinations visuelles* sont souvent intriquées avec les phénomènes d'ordre illusionnel. Ces représentations visuelles sont remarquables en général par leur absence de corporéité. Ce sont bien souvent de simples images sans relief flottant dans l'air, mais richement teintées.

3°) *Les hallucinations olfactives et gustatives* se présentent souvent dans les tableaux hallucinatoires polymorphes. Les malades perçoivent des odeurs désagréables, ils trouvent à leurs aliments un goût anormal.

4°) *Signalons encore les hallucinations motrices*, très rares : déplacement en bloc du corps, déplacement d'un ou de plusieurs membres ou au contraire dérochement du sol sous les pieds.

E) RÔLE DE L'INTERPRÉTATION ET DE L'IMAGINATION DANS LES CONCEPTIONS DÉLIRANTES ET LES HALLUCINATIONS.

TERRIEN dans sa thèse sur les interprétations délirantes au cours de la démence précoce et VALENCE

dans la sienne, ont insisté sur les épisodes interprétatifs dans la variété paranoïde de la démence précoce, principalement à sa période de début. « On peut dire que ces interprétations sont en raison inverse du degré de l'affaiblissement et des troubles psycho-sensoriels. Les déments précoces puisent leurs inductions et déductions partout, aussi bien dans le monde extérieur que dans les données de leur sensibilité générale. Tout prend une allure emblématique pour le paranoïde ».

Les interprétations jaillissent individuellement, se juxtaposent au hasard des événements, à l'inverse de ce qui existe dans les délires systématisés. TERRIEN distingue :

a) les interprétations épisodiques frustes du début à teinte persécutive ou hypocondriaque;

b) les interprétations de la période d'état associées à des phénomènes sensoriels et imaginatifs, au milieu desquels elles demeurent isolées sur un fond dementiel;

c) enfin il existe dans la démence paranoïde un nombre restreint de cas dans lesquels le délire s'appuie uniquement sur des bases interprétatives (variété interprétative de la démence paranoïde).

Dans l'ensemble ces interprétations délirantes demeurent rarement isolées, elles s'accompagnent de troubles cénesthésiques, d'hallucinations ou de pseudo-hallucinations. Elles sont toujours pauvres, rudimentaires, indépendantes les unes des autres.

L'imagination apporte, nous l'avons déjà dit, un

appoint important aux conceptions délirantes de la démence précoce et des formes psycho-motrices de la psychose hallucinatoire. Les facultés imaginatives jouent surtout à la période de début de la maladie, la fabulation incohérente suppléant dans une certaine mesure à la déficience de l'activité intellectuelle. Des affirmations variées, sans cohésion s'agglutinent au hasard des événements et des questions et donnent naissance à des fictions fantastiques et étranges. C'est d'ailleurs surtout dans le délire de la psychose paranoïde que ces fictions sont les plus riches. Intuition, imagination et interprétation, amplifient et développent les données hallucinatoires; le caractère flou et inconsistant de la pensée, la note indicible des sensations, l'impossibilité de leur appliquer et de les exprimer par un langage qui parallèlement perd sa cohérence, réalisent toutes les variétés des thèmes fantastiques les plus invraisemblables, bien étudiés par P. CLERC dans sa thèse sur le délire fantastique.

C'est à la *psychose paranoïde* que nous empruntons des exemples bien démonstratifs des troubles hallucinatoires et des conceptions délirantes fantastiques.

OBSERVATION N° 2.

Psychose paranoïde : Psychose hallucinatoire chronique à forme paranoïde. Début en 1934, par crises aiguës entrecoupées de périodes de rémission. De-

puis 1935, évolution chronique des troubles. Délire de persécution mal systématisé, syndrome hallucinatoire riche et actif. Syndrome d'influence, sentiment de transformation corporelle. Interprétations délirantes. Incohérence de la pensée verbale et des écrits. Néologismes. Intégrité du fonds mental.

Activité utilitaire bien conservée.

STA., Jeanne, née le février 1898. Femme de chambre. Entre à Henri Rousselle le 10 janvier 1935, est transférée à Moisselles, puis à Maison Blanche le 8 avril 1940.

A. H. et C. : Père et mère vivants et bien portants; 1 oncle alcoolique interné à l'asile de Ville-Evrard pendant quelques mois.

A. P. : 2 enfants de 18 et 16 ans. Accouchements normaux. Grippe espagnole grave en 1918.

Aurait été soignée pour syphilis à l'hôpital Cochin après l'accouchement de son second enfant, malgré des réactions sérologiques négatives et un liquide céphalo-rachidien normal.

Début des troubles mentaux : en 1934, marqué tout d'abord par un changement de caractère : idées de jalousie (peut-être justifiées) vis-à-vis de son mari qui voyageait fréquemment à l'étranger et la laissait souvent seule.

En octobre 1934 : *accès aigu* qui survient brusquement au cours de son travail : elle se croit victime d'un attentat par téléphone et tient des propos incohérents. Des idées de persécution contre les voisins surgissent.

L'évolution ultérieure de la maladie se fait par *bouffées aiguës* avec paroxysmes délirants. Entre ces bouffées, reprise d'une vie subnormale, mais rémissions incomplètes.

En 1935, les troubles deviennent continus et nécessitent l'hospitalisation. L'entourage n'a jamais observé de diminution de l'activité qui a été bien conservée jusqu'au jour de l'internement.

Certificats : Ste Anne, 24 janvier 1935, Professeur CLAUDE : « Psychose paranoïde évoluant à bas terme depuis longtemps.

Pseudo-hallucinations, visions, interventions malveillantes diverses. Séries de néologismes à tendances explicatives. Réactions dangereuses : menaces de suicide collectif ».

Maison Blanche, 9 avril 1940, Dr CHATAGNON :

« Psychose paranoïde. Délire de persécution mal systématisé, syndrome hallucinatoire riche et très actif (hallucinations auditives, visuelles, olfactives, cénesthésiques et génitales). Nomme les persécuteurs qui l'ont pourchassée de Moisselles à Maison-Blanche. Interprétations délirantes. Nombreux néologismes. Activité utile conservée ».

Examen du 10 avril 1940 :

Loquacité. Subexcitation. Attitudes avantageuses. Troubles très marqués du langage : expressions néologiques, emploi de mots dans un sens détourné; fautes de syntaxe.

Incohérence de la pensée. Approbativité dans les suggestions délirantes.

Délire peu pénétrable, coloré par les événements actuels :

« J'ai eu un accident par les ondes — en octobre 1934 — on a fait sur moi un attentat... le téléphone a retenti, j'ai eu une dépression dans la tête, c'est un attentat par la voie des airs... Il est passé officiel par les droits de l'armée le 8 octobre 1939.

Cette maison est « assassin », j'entends le volume qui s'abat sur moi et se maintient. Ici depuis 2 jours le service antimilitariste est revenu, je l'ai compris à leur façon de m'interpeller... lorsqu'ils vous parlent par le volume vous vous rendez bien compte de ce qu'ils sont. Le volume c'est un agrandissement de photo faite par la voie des airs... On m'a tenu dans l'axe à l'état mort, c'est-à-dire dans le bain ».

Hallucinations auditives : Entend la voix de ses persécuteurs, des injures, des menaces, des grossièretés. Ce sont des ondes parlantes auxquelles participent des hommes et des femmes. Quand les informations passent par T. S. F., il est question de sa vie privée. C'est la « transmission télescope Paris-Soir ». On enregistre en même temps sa voix, sa pensée. Elle peut communiquer avec le monde entier. « Le volume est une véritable mappemonde qui suit tout le monde, même d'Espagne, on pourrait me parler et de l'observatoire

me regarder ». Sa mère entend sa voix et lui parle aussi, bien qu'elle soit à 150 kms.

Hallucinations olfactives : à chaque instant lui arrivent « des strangulations de garde-robe et des agglomérations de blanc d'œuf qui la prennent à la gorge et à l'estomac... c'est une chose gluante qui passe par le volume dans les airs ».

Hallucinations cénesthésiques : Quand on fait une piqûre à une malade, elle est ensuite reproduite sur elle 2 à 3 fois; la nuit, elle est livrée à n'importe qui, « c'est une honte », le matin elle a le bas-ventre meurtri.

Pseudo-hallucinations visuelles : Elle voit ses persécuteurs en même temps qu'ils lui parlent.

Syndrome d'influence : « On vous tient à l'état de somnambule, dans la nuit quelquefois vous parlez quand vous dormez, votre lit correspond à un aquarium et c'est tout ».

On lui impose « de dormir quand elle n'en a pas envie car pour faire vivre Paris, il faut la moitié du monde dans le sommeil de l'asile et l'autre moitié dans le sommeil de l'hôpital ».

Transmission de rêves : on l'attaque par la croyance du rêve et on « arrête sa pensée par le volume ».

Sentiment de transformation corporelle : « A chaque instant, on vous change le visage, on vous grossit, on vous déforme. Un matin, j'avais les yeux noirs comme une taupe, c'est l'axe qui vous maintient avec la prunelle des yeux. L'axe c'est le volume de la violation de domicile : A moment donné, elle avait changé d'identité car « on l'avait fait entrer sosie de Mme Hover ».

Ses persécuteurs appartiennent à divers milieux, 18 hommes passent par les ondes. Il y a surtout des médecins et des infirmiers sadiques — des anciens patrons y participent. « C'est une Gestapo terrible... c'est le fil de l'avion qui sert à les entretenir. L'infirmier des ondes fait aussi bien le service Soviet que le service royaliste ou socialiste. Ils font par sosies, c'est-à-dire par personnes déguisées. Quelquefois ils se déguisent en religieuses et petites sœurs des pauvres ».

« Tous les infirmiers et le personnel de Moisselles assistent à sa toilette, plus ou moins déguisés ».

En résumé, « ce sont tous des sosies de personnes qu'elle connaît, se présentant par l'intermédiaire du cinéma ».

Le siège de cette bande se trouve au grand Ste-Anne, rue Cabanis et aussi au service cinquante « à Moisselles antimilitariste qui fait le code des prisons ».

Les événements actuels colorent le délire : les persécuteurs se séparent en deux groupes : celui des militaristes dont fait partie le général Gouraud et celui des antimilitaristes.

Réactions : écrits aux médecins, aux autorités, à M. Bourdet « chef de l'axe du directeur général de la rue Cabanis », à M. Bom... Jean, chef franc gouvernement des médecins de Maison-Blanche, France-Autriche (Seine-et-Oise).

Lettres déformées. Signes cabalistiques qui reviennent tous les deux ou trois mots : elle les trace malgré elle, sous l'emprise de ses persécuteurs, dit-elle. Incohérence totale des écrits : « Docteur général major. J'ai fait part de mon voyage — ici général Gouraud — odeurs répandues sur le linge — capitaine major passant lui-même dans les ondes — 8 femmes faisant le rôle de Mlle Lenclos — qui a fait 5 ans dans la légion. Le chef doit être Vernon. Code illégal de la médecine.... etc...

Nous n'avons constaté aucun affaiblissement intellectuel. Compte très bien. Résoud correctement de petits problèmes. Mémoire bonne. Se contredit sur la date de début de la maladie, donne d'abord octobre 1933, puis octobre 1934.

Sait la date de son entrée à Moisselles, la date actuelle. Donne correctement son âge, sa date de naissance. Sait qu'elle est à Maison-Blanche (Seine-et-Oise) mais ajoute toujours Autriche quand elle donne son adresse.

Ordinairement calme. Bonne tenue. Revendications. Protestations contre « sa séquestration » ;

Achète des journaux. S'intéresse à la guerre qui lui paraît très différente de celle de 1914.

Activité utilitaire : Raccommodages. Tricots bien exécutés. Couture mais uniquement pour ses enfants. Refus de faire le ménage ou d'aller travailler dans un atelier.

Propre, coquette. Soigneuse, ordonnée. Possède un sac, des objets de toilette qu'elle range soigneusement. Reçoit bien la visite de ses sœurs, de son mari.

Examen physique :

Excellent état général.

Pupilles égales, régulières. Réflexes pupillaires normaux.

Réflexes tendineux un peu vifs.

T. A. = 14 1/2-10 au Vaquez.

Réglée régulièrement tous les 26 jours. Durée des règles : 3 jours.

Urines : Sucre, albumine, acétone : néant.

Urée sanguine : 0 gr. 40 par litre.

2°) LE LANGAGE ET LA PENSEE DANS LES ETATS PARANOIDES

Le langage des paranoïdes a fait depuis quelques années l'objet de nombreux travaux. Par l'analyse du langage on a cherché à mieux pénétrer le mode de pensée si spécial à ces malades, à arriver à une compréhension meilleure de leurs conceptions délirantes.

Plusieurs termes ont été proposés pour désigner les troubles du langage dans les états paranoïdes : ceux de Glossomanies, de Glossolalies (CÉNAC), de dysphasies, de dyslogies (POTTIER), et enfin de schizophasie (KRAEPELIN, terme repris par DELMOND). Il nous faut donc tout d'abord définir ces termes.

1°) Les *Glossomanies* ou jeux verbaux, consistent en une juxtaposition des syllabes sans aucune signification; groupées sans ordre grammatical ou syntactique.

2°) Dans les *Glossolalies vraies*, le malade emploie des mots nouveaux associés selon des règles grammaticales ou syntactiques empruntées à des langues

courantes. Ces glossolalies sont fréquentes chez les schizoïdes et les schizophrènes.

3°) « La *schizophasie* est l'incohérence du langage particulière à la schizophrénie dont elle reproduit les caractères propres dans l'ordre idéique, affectif ou moteur. Elle ne constitue pas à elle seule un syndrome, mais c'est un témoin de la discordance ou dissociation schizophrénique de l'activité psychique » (Définition de DELMOND dans sa thèse). C'est l'incohérence verbale de la démence précoce, qui dans certaines formes, acquiert un degré extrême.

4°) Enfin d'autres auteurs depuis SEGLAS, groupent ces troubles en *dysphasies* ou troubles de la fonction du langage et en *dyslogies* ou troubles du langage résultant d'une perturbation de la pensée. Ces derniers sont les plus fréquents dans les cas de psychose hallucinatoire à forme psycho-motrice.

Analyse du langage paranoïde : Nous adopterons le plan et les idées qui sont exposées dans la thèse de PORTIER, élève du Professeur CLAUDE.

1°) *Dans la démence paranoïde* : les troubles du langage consistent en néologismes, en salade de mots, ou en réponses à côté.

Néologismes : tantôt ils sont espacés, sans aucune signification, tantôt malgré leur absence apparente de sens, ils traduisent des complexes affectifs profonds et inconscients.

Salade de mots : Il s'agit ici d'une perturbation profonde du langage. On peut se demander si elle ne représente pas un véritable trouble fonctionnel des

centres cérébraux du langage rappelant la paraphasie et la jargonaphasie. « Il y a, écrit DELMOND, une étroite parenté et sans doute une identité profonde entre les troubles aphasiques organiques et les troubles du langage dans la psychose paranoïde. Leur différence est d'ordre structural ». Depuis longtemps déjà, M. PFERSDORFF s'était attaché à rapprocher le langage paranoïde du langage des aphasiques et avait trouvé de nombreuses analogies entre ces 2 langages.

Le syndrome de Ganser : ou « symptôme des réponses à côté » doit être considéré comme une « association d'idées absurdes par suite d'une intention volontairement ou non insuffisante de la part du malade. Il est le stade précurseur de la salade de mots » (POTTIER).

2°) Dans la « *Psychose paranoïde* » schizophrénique, c'est-à-dire dans la forme psycho-motrice de la psychose hallucinatoire chronique, on trouve :

a) des fautes de syntaxe;

b) un vocabulaire néologique aboutissant au langage pseudo-incohérent et à la glossolalie. Ces néologismes seraient en rapport avec les idées délirantes (TEULIÉ);

c) des troubles de l'association des idées « à notre avis ils suffisent à rendre un discours incohérent, au moins en apparence », dit POTTIER;

d) fréquemment, ces trois causes s'associent pour expliquer les troubles du langage.

Interprétations des troubles du langage :

Elles sont variables suivant les auteurs :

1°) Pour POTTIER il faut rechercher la cause des troubles du langage dans le relâchement de l'association des idées et les troubles de l'expression de la pensée qui sont à la base même de la schizophrénie. Chez les schizophrènes paranoïdes les troubles du langage résultent ;

a) du trouble de l'association des idées en tant que langage néologique;

b) du trouble de l'expression des idées qui pourrait peut-être après analyse se ramener à un seul et même trouble intellectuel.

De même pour DELMOND la schizophasie n'est qu'un témoin de la discordance et de la dissociation schizophrénique.

CÉNAC considère la glossolalie comme une manifestation de l'activité autistique du sujet.

2°) Pour d'autres auteurs tels que TEULIÉ, il faut attribuer une double origine aux troubles néologiques du langage des paranoïdes : ils résultent de l'automatisme psychologique (en ce qui concerne les associations inférieures) et surtout de l'activité volontaire du sujet. L'emploi des langages glossolaliques est essentiellement volontaire. Comme tous les langages néologiques celui des déments paranoïdes est fortement influencée par les conceptions délirantes.

3°) Enfin une hypothèse plus organicise a récemment pris jour, « les troubles pourraient être dûs

à des modifications dynamiques des centres et des faisceaux d'association de la zone du langage dans leurs connexions avec les centres psychiques supérieurs » (thèse de POTTIER). Cette hypothèse répond aux faits mis en évidence par PFERSDORFF qui les rapproche des troubles aphasiques.

Il est à notre avis indéniable que les troubles du langage sont avant tout l'expression d'un mode de pensée anormale. Nous nous rapportons à ce sujet à un travail de M. VIÉ, « les matériaux de la pensée sont loin de demeurer intacts chez les déments précoces, écrit-il, les images dit MASSELON, les concepts selon DIDE et GUIRAUD deviennent incertains, imprécis, d'extension mal définie. BLEULER a fait du relâchement des idées le trouble fondamental de la schizophrénie. Carl SCHNEIDER l'a ramenée à quatre modalités formelles : la fusion, compénétration déhasard comme des coups de dés, des parties hétérogènes du discours; le radotage qui mélange au hasard comme des coups de dés des parties hétérogènes; le glissement, déviation non intentionnelle de la pensée; la substitution ou introduction, dépourvue de sens, d'une idée nouvelle. En somme, conclut M. VIÉ, *la trame de la pensée elle-même est soumise aux processus que nous avons rencontrés dans l'étude de la motricité* ».

Enfin, il faut faire une place importante aux troubles de l'attention déjà étudiés par MASSELON; ils furent définis par le Professeur CLAUDE comme l'in-

capacité pour le sujet de fixer son attention, comme si l'idée fuyait constamment et ne restait accrochée qu'à quelques mots ou vagues conceptions. »

Chaque observation nous apporte au cours de ce travail des exemples de ces diverses modalités dont nous soulignerons, au fur et à mesure les points particuliers.

3°) LES ETATS TERMINAUX

Dans leurs phases avancées, les états paranoïdes présentent des difficultés de diagnostic souvent insurmontables, aucune distinction étiologique n'est possible et cliniquement, on ne se trouve plus qu'en présence d'éléments résiduels, remaniés par l'involution, l'artério-sclérose ou la sénilité. Il s'agit à proprement parler de démences vésaniques, telles que les ont étudiées VIÉ et VILLEMEZ.

En voici deux cas, qui mettent en lumière les points principaux de la sémiologie commune à tous les états paranoïdes. Notons seulement la disparition de l'excitation ou de la dépression initiales, ainsi que la rétrocession de l'activité hallucinatoire : elle fait place à une conversation mentale pseudo-hallucinatoire, à des soliloques, à des états automatiques d'influence et d'inhibition psychomotrices.

OBSERVATION N° 3.

Psychose paranoïde. Début impossible à situer. Délire incohérent : idées de grandeur, quelques hallucinations auditives, néologismes. Erotisme. Maniérisme discordant. Inactivité totale. Hypertension artérielle considérable.

Fri... Léonie, veuve D... née le 17 octobre 1878, sans profession. Entre à Moisselles en Août 1938, est transférée à Maison-Blanche en septembre 1939.

A. P. : aurait été soignée il y a douze ans par le Professeur VINCENT pour une sorte « d'encéphalite ». Les ponctions lombaires auraient montré un liquide normal.

Internement motivé en août 1938, à l'âge de 60 ans, par des plaintes réitérées de la malade au commissariat de police.

Certificat Maison-Blanche. Septembre 1939, Dr CHATAGNON : Est atteinte de psychose paranoïde. Propos peu cohérents. Erotisme très actif : « elle est la petite des aviateurs ». Attitude avantageuse et mimique maniérée. Suggestibilité.

Notes prises à Moisselles en septembre 1938 :

« Elle est la femme d'un couple de l'Aviation 37 — 600 aviateurs de l'armée aérienne sont venus la défendre, ils descendent à 3 mètres du sol pour la voir. Dans l'aviation, elle est connue : on l'appelle la petite, la petite des aviateurs. Depuis 5 ans, sa popularité a pris des proportions gigantesques, on venait d'Amérique pour voir la petite, la petite des aviateurs. Et pourtant elle n'a jamais connu d'aviateurs, mais c'est le couple, le couple de l'aviation qui s'étend à toute l'Europe. Il y a 2 partis d'aviateurs dont l'un a fait 2 attentats contre elle. Ils sont invisibles, elle ne les voit pas, ils ne font pas de bruit, mais elle les entend parler d'elle entre eux. Un jour elle a entendu du bruit dans sa cheminée : elle en a conclu qu'un avion était tombé par là, elle était en train de faire son ménage, on lui a commandé de mettre une robe rouge.

Examen de Janvier 1940.

Présentation maniérée. Sourires vaniteux inadéquats. Hypersthénie. Quelques propos ironiques noyés dans l'incohérence du délire. Elle n'entend plus les aviateurs, mais elle sent partout leur présence « il en faut dans ces Asiles, c'est la guerre d'aviation qui se fait à l'aide « d'appareils compliqués ». Ils rôdent le soir autour des dortoirs ».

Idées de grandeur : Son mari est mort en 1927. Elle est une grande veuve. Avant, elle habitait « la compagnie asturienne royale des Mines... les Asturies c'est l'Espagne, toutes les Asturies d'Espagne, c'est la compagnie asturienne.

Ses parents étaient de très grands bijoutiers, les inventeurs du système Strauss « un système de sûreté qui empêche de perdre les vraies perles ».

Très connue en Europe. On a fait des allusions à son veuvage dans les journaux.

Elle a 10.000 frs d'argent en dépôt pour acheter des provisions et a écrit à M. de Fouquières qui est de ses amis pour sortir de l'Asile.

Langage : *Néologismes*. Fautes de syntaxe. Inaffectivité. L'évocation de la mort de son mari provoque un rire inextinguible.

Très irritable, hautaine, agressive. Ne se lie avec personne et parle des autres malades avec un mépris non dissimulé. Même mépris avec le personnel. Orientation satisfaisante. Mémoire un peu déficiente : erreur d'un an sur la date de son internement.

Inactivité : le travail serait pour elle une déchéance. Ne lit même pas les journaux. Consacre ses journées à des soins de toilette et de maquillage. Toujours très coquette et soignée. Revendications. Garde jalousement les quelques objets de toilette qui lui appartiennent.

Examen physique :

Taie cornéenne de l'œil gauche. Pupilles égales et régulières.

Réflexes normaux.

Réflexes tendineux normaux.

Réactions sérologiques négatives dans le sang.

Urée : 0,26 ‰.

T. A. : 26-13 au Vaquez.

Voici maintenant une malade dont l'affaiblissement organique surajouté est signé par l'hypertension artérielle énorme, avec paraplégie transitoire récente. Les renseignements de la famille attestent une *évolution par poussées* fréquente dans les affections de formule paranoïde. Celle-ci fut considérée au début comme une psychose intermittente. L'incohérence persiste, très accentuée, dans la parole et l'écriture. L'activité générale a diminué, parallèlement la malade est devenue plus abordable et ses bizarreries se sont atténuées. L'artério-sclérose cérébrale produit un nivellement, un appauvrissement qui simule pratiquement une amélioration.

OBSERVATION N° 4.

Phase terminale d'une psychose paranoïde évoluant depuis 1898. Début par des idées délirantes de persécution se présentant par poussées, puis fixation des troubles. Propos et écrits peu cohérents. Salade de mots, fuite des idées contrastant avec l'extrême précision des souvenirs et la conservation des notions d'orientation. Enorme hypertension artérielle. Affaiblissement organique surajouté.

LEH... Anna..., femme Alex..., née le 1^{er} Avril 1873.

A. P. : quatre enfants vivants.

Histoire de la maladie : en 1898, un an après son mariage,

séjour de six mois en Maison de Santé : Idées de persécutions dirigées contre son mari, dont elle se sépare, d'ailleurs peu après. « Il l'a empoisonnée, nous explique-t-elle, parce qu'il voulait prendre une autre femme. Il lui a fait boire un flacon de Fluxine et l'a menacée avec un couteau ». Placée de nouveau de 1907 à 1909, puis de 1911 jusqu'à l'époque actuelle.

Certificat du Dr TARRIUS « psychose intermittente » 24 novembre 1919.

Certificat du Dr LWOFF « excitation intellectuelle avec délire polymorphe, propos décousus, loquacité, elle a concouru pour l'Ecole Centrale, a les capacités d'ingénieur et son brevet de calligraphie. Elle est factionnaire pour le fusil, fait de la gymnastique comme les militaires. Elle est 60 locomotives, a eu la méningite, et la colonne vertébrale brisée »

Hallucinations, elle est télégraphiste et entend le télégraphe. Bizarreries d'attitudes. Tenue désordonnée, se met à genoux, baise la terre, chante et déclame, elle désigne la surveillante « la reine de Nîmes ». Tentative d'évasion le 22 avril 1921.

Notes prises en 1923 « l'incohérence extrême alors que la mémoire et l'orientation restent parfaites, la vivacité des réponses et l'extrême précision des souvenirs permettent de porter le diagnostic de paraphrénie ou de démence vésanique.

Examen de Janvier 1940. — Malade d'aspect sénile. L'état mental est exactement le même qu'au début de l'internement. Thèmes délirants absurdes et incohérents, variables. Interprétations de souvenirs « On m'a mise en cercueil en 1907... vivante dans le cercueil. Je vous le dis parce que vous vous appelez Anna. J'ai pu échapper à la mort, parce que j'ai été embaumée vivante et ressuscitée à la guerre de la chapelle. Depuis j'appartiens aux Maisons de Santé ». « Je suis la cabine téléphonique de St Sulpice, la boîte aux lettres, la société industrielle d'Alsace-Lorraine... aujourd'hui dans le journal vous savez, j'ai appris l'équitation au 2^e Hussards à Belfort. On a joliment peur de recevoir un coup de pied de cheval... le fer à cheval et puis le sabot. Je sais faire du trapèze et marcher sur les mains et les pieds ».

Fuite des idées, associations par assonances : « je suis des forts, des forteresses... de l'intendance. Je suis de la grande musique du 35° avec les soldats... sur un kiosque ».

La guerre ? « Vous parlez des Turcs, ils sont venus à Paris, c'est une imbécillité qui court, on l'a faite en 70. Moi, je connais des camps, le camp du drap d'Or ».

Hypermnésie : A retenu un nombre considérable de dates qui ont marqué des événements plus ou moins importants de sa vie. Sait avec précision les dates et mêmes les jours de ses internements multiples; nous cite par ordre chronologique les diverses villes où elle a habité et en garde des images très exactes.

Affaiblissement : bien qu'elle passe une partie de sa journée à faire des comptes compliqués et à résoudre de petits problèmes plus ou moins correctement.

Pendant très longtemps écrivait des lettres pour les autres malades afin de gagner quelque argent, a fait à l'intérieur du pavillon un véritable petit commerce. Employait l'argent qu'elle gagnait à acheter des journaux et des bonbons. Préfère les journaux d'enfants. Collectionisme : rubans, papiers, brins de laine, accumule ainsi un nombre extraordinaire d'objets sans valeur. Travaille volontiers stimulée par l'appât du gain.

Connait toutes les personnes qui l'entourent, le nom des infirmières, celui des ouvriers de l'Asile. Observe ses compagnes dont elle critique les petits défauts. Les bizarreries du comportement ont disparu; se montre aimable, docile, réservée.

Ecrits très abondants, donne chaque jour au Médecin un courrier volumineux qu'elle essaye de monnayer, même incohérence, seules les formules de politesse sont correctes :

« Faites-moi restituer quelque argent, vous n'êtes pas seule dans la mêlée, il y a le masculin qui finira par les oreilles d'âne de Roubaix, Tourcoing... M. Oppenheimer des 5 sacrements me dit qu'il est : la porte, à la cygogne près des halles centrales à Paris. Tandis que moi, je suis à la cigogne de Bel-fort, maison Laporte... Je vous prie, Madame, d'excuser mon écriture de crayon, les petites plumes sont religieuses... ».

Examen physique :

Cœur : Bruit de galop à la pointe. Eréthisme cardiaque.

T. A. : 30-15 au Vaquez. Accident d'hypertension en 1938.

Début d'ictus avec impotence partielle des membres inférieurs, puis récupération progressive de la motricité.

Urée sanguine : 0 gr. 50 $\frac{0}{100}$.

Réaction de B.-W. : négative dans le sang.

DEMENCE PRECOCE A FORME PARANOIDE

La délimitation de la forme paranoïde de la démence précoce ne peut se faire par le contenu du délire. C'est au contraire le délire qui reçoit de la démence précoce une empreinte spéciale grâce à laquelle on peut le rattacher à son origine.

Parmi les caractères qui les différencient des autres états paranoïdes, la présence de signes de démence précoce a une importance capitale. La majorité des signes classiques de démence précoce se retrouvent dans la démence paranoïde. Ces signes sont au contraire absents dans la forme psychomotrice de la psychose hallucinatoire chronique. Ils demeurent plus ou moins ébauchés dans les états paranoïdes symptomatiques.

Les signes de la série hébéphréno-catatonique sont constants dans la démence paranoïde. Nous pouvons dire avec M. VIÉ, que le noyau fondamental de la démence précoce est caractérisé par des signes de catatonie et de signes de discordance. Nous y joindrons enfin les troubles du comportement, de l'activité, la

mauvaise adaptation sociale qui nous paraissent importants, du point de vue pratique.

1°) *Signes de catatonie* : ils sont en général moins marqués dans la démence paranoïde que dans les autres formes de démence précoce, mais leur existence est constante, particulièrement à la phase terminale de l'affection. Ils consistent en continuation et persistance des attitudes, en inertie motrice, en suggestibilité dans le domaine moteur. On trouve des mouvements stéréotypés qui peuvent être considérés comme la face clonique du même phénomène. Il faut y ajouter les tics, le maniérisme, le négativisme, les décharges motrices épisodiques qui gardent dans la démence paranoïde le même caractère de violence, de brutalité stéréotypée que dans les autres formes de démence précoce.

2°) *Signes de discordance*. Nous avons vu en étudiant l'attitude du malade l'absence totale de réaction affective aux idées de persécution. Les troubles de l'affectivité sont toujours très marqués dans la démence paranoïde « c'est un signe qui appartient à la plupart des démences, mais il n'en est aucune où il apparaisse de façon plus générale que dans la démence précoce » dit RÉGIS dans son livre. Il est fréquent de constater une inversion des sentiments familiaux pouvant aller jusqu'à la haine vis-à-vis des proches.

3°) *Troubles de l'activité utilitaire* : Ils sont précoces, surviennent dès le début de la maladie et sont presque d'emblée à leur maximum. La baisse de l'acti-

vité professionnelle fait bientôt place à une inactivité totale. Par la suite le malade est incapable de s'occuper utilement, ne fut-ce qu'à d'obscures besognes.

4°) *Leur comportement* : permet de placer ces malades en deux catégories dont nous empruntons les descriptions à Ex.

1°) certains malades sont doux, amènes, dociles, leur attitude est maniérée, ils déambulent en soliloquant, répètent inlassablement les mêmes mouvements stéréotypés ou restent figés dans l'immobilité catatonique. Ils sont d'un abord aimable, manifestent dans leur humeur une certaine euphorie, leur mimique est toujours inadaptée. Ils s'expriment en termes ampoulés et hermétiques, emploient des néologismes. Tout essai de conversation est impossible avec eux, leur soliloques monotones sont entrecoupés de sourires, de rires, ou au contraire de pleurs. Ce sont des malades suggestibles.

2°) d'autres sont désagréables, hargneux, boudeurs, d'un abord difficile. Ils ont tendance au mutisme et aux impulsions coléreuses, des troubles graves de la pensée se retrouvent dans cette forme comme d'ailleurs dans la forme précédente.

5°) *Adaptation sociale* : Enfin si nous nous plaçons à un point de vue essentiellement pratique, nous pouvons encore noter une différence fondamentale entre la démence précoce et la forme dissociative de la psychose hallucinatoire chronique. Les déments paranoïdes sont d'emblée des incapables sociaux, leur

inadaptation à l'ambiance est précoce et totale. La psychose hallucinatoire chronique paranoïde est au contraire compatible avec certaines formes d'activité utilitaire lorsque le syndrome hallucinatoire s'atténue, l'adaptation sociale est moins perturbée que dans les cas précédents.

Stades évolutifs de la démence précoce paranoïde.

Dans l'évolution de cette maladie, on peut considérer trois périodes évolutives : Période de début, période d'état, phase terminale.

1°) LE DÉBUT est variable : si nous nous en rapportons à KRAEPELIN nous verrons qu'il est insidieux dans 30 % des cas, aigu dans 20 % des cas et enfin marqué par des troubles de l'activité et du caractère dans 17 % des cas.

a) *Début insidieux*, il est lent, progressif, insensible. La maladie peut rester ignorée de l'entourage pendant de longues années. Les premiers signes qui attirent l'attention sont l'apparition de conceptions délirantes de persécutions et d'influence, d'idées hypochondriaques. Le malade se comporte de façon bizarre, son changement d'attitude, sa façon d'être frappent ses proches. Les troubles psycho-sensoriels apparaissent précocement et sont souvent contemporains des premières idées de persécution.

b) Parfois le début est simplement marqué par des troubles du caractère, des impulsions coléreuses, une modification des tendances affectives pouvant

aller jusqu'à la haine familiale, un goût très vif de l'isolement.

c) Le début procède quelquefois par *poussées aiguës*, revêtant des apparences trompeuses et masquant la nature réelle de l'affection : il s'agit d'un paroxysme anxieux ou hallucinatoire avec onirisme, d'accès d'agitation violente, d'état confusionnel passager.

Mme THUILLIER-LANDRY conseille dans sa thèse d'étudier avec attention le langage, dès cette phase de début. Ses perturbations profondes peuvent déjà orienter le diagnostic.

2°) PÉRIODE D'ÉTAT. — L'évolution se fait ensuite vers la chronicité. Le symptôme le plus constant de cette phase chronique qui succède sans transition à la période de début est, nous le savons, l'existence d'un délire hallucinatoire avec signes de démence précoce associés, sur lequel nous ne nous étendrons pas davantage, puisque nous l'avons déjà décrit.

3°) ETATS TERMINAUX : Ils sont assimilables à ceux des autres formes de démence précoce. Nous rappellerons à ce sujet l'excellente monographie de LEONHARD (Leipzig, 1936). Ils sont caractérisés par un état d'affaiblissement démentiel total : l'obtusion intellectuelle et affective sont très marquées, quelques idées délirantes stéréotypées peuvent cependant persister. LEONHARD décrit 7 formes déficitaires des états schizophréniques, dont le plus grand nombre s'applique en réalité aux paraphrénies, une seule correspond à la démence paranoïde.

La schizophrénie déficitaire autistique dans laquelle on note à la fois des symptômes de la série catatonique et des symptômes de la série paranoïde; pour LEONHARD, elle constitue presque une entité autonome. L'autisme est prédominant, l'affectivité relativement conservée, enfin le comportement des malades est très perturbé, les impulsions dangereuses fréquentes.

Dans leur ensemble, ces formes évoluent suivant plusieurs rythmes de déchéance qu'ont retrouvés notamment Mlle PASCAL et VIÉ, H. EY et Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX.

1°) Formes délirantes rapidement démentiellles qui s'effondrent en quelques mois, ou quelques années. On peut en rapprocher les délires à évolution démentielle rapide décrits chez DENY, par Mme THUILLIER-LANDRY (1916), puis par CARRAZÉ à Bordeaux (1923).

2°) délires incohérents à évolution démentielle précédée d'une longue phase de dissociation. Ces cas ont présenté au moins dans leur phase initiale des signes de catatonie nette et il y aurait lieu de rechercher chez tous, les signes de la petite catatonie décrite par Mlle PASCAL.

Les catégories suivantes qu'indiquent Ey et Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX, relèvent vraisemblablement de la psychose hallucinatoire chronique et leur dissociation comporte des caractères différents.

Au premier type évolutif répond le cas suivant, dont nous avons observé le stade avancé. L'épisode

hallucinatoire du début, marqué par une tonalité dépressive, laisse après lui, au bout de quelques mois, un état d'hypoactivité avec explosions de violence impulsive et de maniérisme. Des hallucinations, du délire mystique ne restent plus que des manifestations atténuées. A la méconnaissance de la mort de son enfant, la malade superpose des idées délirantes absurdes. La rupture avec le monde extérieur est de plus en plus profonde, l'inertie s'accroît peu à peu.

OBSERVATION N° 5.

Démence précoce à début paranoïde. En 1929, accès dépressif. En 1930, constitution d'un délire à thème mystique. Idées de grandeur. Hallucinations. Méconnaissance de la mort de son enfant. Hostilité. Evolution progressive vers l'état actuel : persistance de quelques idées délirantes absurdes, baisse graduelle de l'activité, indifférence, inertie. Rires. Troubles dans l'appréciation de la durée.

DUPAR... Charlotte, femme Guel... sans profession, née le 19 octobre 1903, entre à Maison-Blanche le 19-11-32 à l'âge de 29 ans.

A. H. et A. C. : totalement inconnus.

A. P. : Rougeole, scarlatine dans l'enfance.

Appendicectomie pendant l'adolescence.

Accouchement au forceps le 3 février 1926; l'enfant serait mort pendant les manœuvres obstétricales.

Dans les années qui suivirent l'accouchement : anémie, mauvais état général.

Début des troubles : brusque, en novembre 1929, par un syndrome dépressif : tristesse, préoccupations d'ordre maté-

riel; hallucinations auditives : son de cloche, cri de son enfant mort.

Fugue : quitte son domicile, se place comme bonne pendant 8 jours et fait une demande d'instance en divorce.

1^{er} internement en 1930 à la Salpêtrière et à l'asile Ste-Anne.

2^e internement du 29 octobre 1930 au 23 janvier 1932.

Certificat du Dr DUPOUY, 2 octobre 1930 :

« Est atteinte de psychose paranoïde. Obnubilation intellectuelle. Idées confuses de persécution et de grandeur, mystiques. Hallucinations diverses. Elle a eu un enfant du Seigneur et son fils a déjà été le Rédempteur. Dieu lui parle. Elle est une nouvelle Marie. Elle doit sauver la France et le monde entier. Opposition, refus d'aliments. Mutisme par intervalles. Inégalité pupillaire : G > D ».

Hallucinations : réponses aux voix pendant l'interrogatoire. Transmission de pensée, évocations visuelles.

Thèmes délirants d'ordre mystique : « Elle n'est pas une femme ordinaire, le Seigneur est venu en elle, son enfant est le fils de Dieu, il va réformer le monde; elle-même sera une nouvelle Marie et ils vont sauver le monde entier ».

Méconnaissance de la mort de son enfant : « Mon fils a dû me suivre, il a environ quatre ans, je ne peux dire son âge exact, peut-être a-t-il trente ans ».

Comportement : souvent hostile, menaçante au début de l'internement, plus calme en juillet 1931.

Sortie en janvier 1932, améliorée.

Reprise rapide des troubles : Diminution de l'activité; manifestations violentes, bris de vaisselle; idées de jalousie vis-à-vis de son mari.

2^e internement depuis le 11 novembre 1932.

Certificat, Dr GOURIOU, 19-11-32 : « Est atteinte de démence paranoïde. Sortie le 8 janvier 1932, se montre depuis quelque temps, bizarre, inactive, impulsive. Hallucinée. Présentation souriante, contrastant avec l'hostilité constatée lors du 1^{er} internement. Les troubles psycho-sensoriels ont toujours persisté, atténués, mais n'ont pas dans le paroxysme

actuel repris l'intensité qu'ils avaient autrefois. Réactions violentes à domicile. Impossibilité pour le mari de la surveiller. A maintenir ».

Notes prises en novembre 1932 : Dit avoir 28 ans et avoir un fils de 20 ans qui est mort-né.

« Elle a grandi pendant qu'elle était aux oubliettes ».

Calme, inerte, indifférente. Impulsivité violente de temps à autre.

Examen actuel : Maniérisme. Inertie. Tics et stéréotypies : se met les doigts dans la bouche. Rire explosif. Familiarité. Propos peu cohérents. Persévérance dans les réponses.

Plaintes hypochondriaques : « J'ai mal au dos, je m'évanouis, je me trouve mal, je sens des vertiges, c'est pourquoi je ne peux pas travailler. D'ailleurs, je suis heureuse à rien faire ».

Quelques idées délirantes absurdes : « J'ai 500 enfants de tous les âges, quand j'étais jeune, je faisais des gosses... De un à 90 ans, on peut en avoir beaucoup. J'ai aussi une fille, je ne sais pas son âge..., c'est mon mari qui s'en occupe » (inexact, elle n'a pas d'enfant). Indifférence affective : « Mon mari est mobilisé par là (geste vague)... un petit peu plus loin. Je ne lui écris pas, je ne l'ai pas vu depuis novembre ».

« Mes parents, mes frères, mes sœurs viennent me voir. Si vous voulez, je veux bien me mettre à l'essai et ne plus les voir ».

Manifeste cependant une amitié très grande pour une autre malade qu'elle ne quitte jamais et qu'elle appelle « son homme ». « C'est une jeune amie, elle a des crises coléreuses, mais elle est bien gentille quand même. Je m'amuse avec elle. Ici les journées sont trop longues, on s'ennuie, on pleure, on ne voit jamais personne ».

Fond de débilité mentale : Ne peut résoudre une multiplication. Jeanne d'Arc « c'est une belle jeune fille qui s'est mariée avec un beau prince ».

Orientation imprécise : Troubles dans l'appréciation de la durée : Ne sait pas la date de son entrée. Croit qu'elle est venue en 1937. Ne sait pas la date exacte : Mars ou avril 1940.

Donne le nom de l'hôpital : « c'est une maison de famille, je ne sais pas moi, j'ai mal à la ciboule ».

Donne sa date de naissance, mais ne sait plus son âge « j'ai bien 96 ans, il y a bien 20 ans, 30 ans, 40 ans que je suis là ».

A peine au courant de la guerre : « Les soldats sont libérés depuis 300 ans, la guerre dure depuis au moins 20 ans, j'ai été renfermée, malade tout de suite, je ne peux pas savoir... Je suis guerrière, je suis Française, avec tout le pays.

Comportement habituel : Crises coléreuses, impulsivité fréquente, violence envers ses compagnes, bris de vaisselle.

Baisse progressive de l'activité : a travaillé à la buanderie de 1934 à 1938, est actuellement totalement inactive; ne fait que son lit et sa toilette. Paresse : refus de se lever de temps en temps.

Malpropre, peu soignée. Connaît le personnel.

Examen physique :

Anomalies de la denture.

Système nerveux : inégalité pupillaire; pupille G > D. Léger strabisme convergent. Réflexes pupillaires normaux. Réflexes tendineux vifs.

Examen des divers appareils : normal.

Voici un tout autre tableau chez la malade Germaine Co..., dont l'évolution n'a pas atteint le degré de déficit profond. Pourtant les signes de démence précoce ont été et sont restés très nets chez elle. Dès 1933, M. SIMON envisageait la possibilité de ce diagnostic, en présence d'une dépression atypique qui durait déjà depuis deux ans. L'étrangeté, le sentiment de transformation personnelle et de modification de l'entourage l'amènent à concevoir une ambiance nouvelle, indépendante du temps et de l'espace. Consciente de tout ce qui la sépare de la norme, Ger-

maine oppose à la vie organisée du dehors, où elle est parmi les « inutiles », la vie qu'on mène « dans ces maisons » et elle s'y est attachée. Elle y travaille aux menues besognes du service. Germaine est un bon exemple de la *néo-sociabilité*, de cette néo-productivité des asiles qu'a étudiée dans ses récentes leçons M. LAIGNEL-LAVASTINE. Un rire impulsif, inadéquat, qui survient hors de propos continue d'apporter la signature de l'affection mentale.

OBSERVATION N° 6.

Démence précoce à forme paranoïde. Début par un accès dépressif atypique en 1932. Syndrome d'influence. Sentiment d'étrangeté, de transformation de l'ambiance, de transformation corporelle. Hallucinations cenesthésiques et génitales. Troubles du langage. Activité utile bien conservée.

CORB... Germaine, née le 18 janvier 1905, entrée à Maison-Blanche le 30 octobre 1933.

A. H. : Tante maternelle morte de méningite.

A. C. : Un frère mort tuberculeux.

A. P. : Fièvre typhoïde à 24 ans.

Grossesse mal supportée à 25 ans : albuminurie, hémorragies. Dans les suites de couches : fièvre, hémorragies.

Le début des troubles apparaît peu après cette grossesse, sans qu'il soit possible néanmoins de leur attribuer une origine puerpérale.

C'est en effet en 1931 qu'un état dépressif atypique s'installe qui nécessite l'internement en octobre 1933.

Certificats : Dr SIMON, Octobre 1933 : « Etat dépressif ancien avec anxiété. Idées de persécution avec interprétations

multiples. Idées d'influence. Tentative de suicide par submersion. Début possible de Démence précoce ».

Notes prises en 1933 : Tristesse. Craintes au sujet de l'avenir. On lui reproche d'avoir connu avant de se marier un homme qui s'appelait M. Emile. Ses camarades suspectent son honnêteté et la surveillent.

Hallucinations auditives : certaines voix paraissent bonnes et d'autres mauvaises. Les voix l'ont poussée au suicide.

Sentiment d'étrangeté, de transformation de l'entourage. Son mari a rajeuni, sa petite fille n'est plus comme avant. Elle doute de l'identité des personnes qui l'entourent. Son père n'est plus que son « supposé père ».

Les « *physionomies changent devant elle* ».

Elle-même a subi un rajeunissement brusque d'une dizaine d'années dont elle a été frappée en se regardant un jour dans une glace.

Toutes ces transformations lui ont laissé « l'esprit en déroute ». Elle vit dans l'incertain et le doute; désorientation dans le temps et troubles mnésiques. Sait l'année de sa naissance mais non la date. Ignore la date actuelle, ne sait plus l'âge de sa petite fille. Rire prolongé et inadéquat.

De 1933 à 1938, les troubles évoluent ainsi que l'atteste un certificat du Dr BEAUDOUIN, 13 janvier 1938 : « Démence paranoïde. Evolution ancienne. Début avec anxiété, influence, interprétations, hallucinations génitales. Semi-conscience du morbide. Subexcitation habituelle ». Les hallucinations sont moins actives, le comportement se modifie : elle devient irritable, impulsive « c'est quelque chose qui monte en moi, je ne suis plus maîtresse de moi-même ».

Mêmes troubles de l'identification des personnes. La petite fille qui vient la voir n'est pas la sienne, elle lui ressemble, mais rien qui prouve que ce soit bien sa fille.

10 février 1940 : Nous sommes en présence d'une jeune femme aimable, souriante, s'exprimant avec aisance. Propos peu cohérents. Rire explosif.

Syndrome d'influence : « On nous envoie des tendances cérébrales; on nous fait travailler le cerveau « sur des manières de choses ». C'est une mise en capacité cérébrale par

ritournelle et par suggestion ». Sa pensée ne lui appartient plus, mais on la force à penser à des choses auxquelles elle ne voudrait pas s'attarder. « Elle ne distingue pas bien ses pensées propres de celles qui lui sont imposées ».

On lui fait travailler sa parole, on la fait causer tout haut sans arrêt, c'est très fatigant pour elle. On lui fait entrevoir une vie grandiose qu'elle n'a jamais vécue.

C'est comme si elle vivait une double vie.

Les voix ont changé de caractère. Au début, on s'adressait à elle directement, maintenant on agit par suggestion, beaucoup plus mystérieusement. Le plus souvent, elle ne parle pas d'elle-même, mais des personnes qui l'entourent car « on lui donne les versions sur les choses qui arrivent aux autres dans la vie ».

Son langage, dit-elle, n'est d'ailleurs pas le même que celui des autres. « Les personnes normales ne peuvent pas la comprendre, car elles évoluent dans la vie réelle et n'ont pas le même mode de pensée qu'elle ».

Persistence des idées de transformation physique signalées au début de la maladie, mêmes doutes sur l'identité des siens « C'est peut-être un conte de fées ». Par contre, connaît bien les infirmières par leur nom, ainsi que certaines de ses compagnes.

Troubles cénesthésiques et hallucinations génitales « On ressent sur soi des effluves de T. S. F., on la met « en ardeur, en vertige, on lui fait vibrer les nerfs. Ce sont surtout des « effervescences nocturnes car certaines personnes voudraient s'emparer de son corps comme de sa pensée. Tendance aux rêveries sentimentales : « On la fait penser à des hommes qu'elle ne connaissait pas et qui cependant auraient été ses amants. C'est ainsi qu'elle connut M. Emile qui ne fut pour elle qu'un amant imaginaire ».

Troubles du langage très marqués. Mots détournés de leur sens et expression néologique : le parlement pour la parole ; « versions de choses », « manières de choses », « douilletteries ».

Semi-conscience de l'état morbide qui a créé chez elle l'état d'inquiétude du début. Actuellement, stade de résignation :

« elle a tâché d'oublier, de ne plus songer au passé » et d'indifférence : « elle ne désire plus sortir d'ici, car elle s'est attachée à ces maisons ». Se préoccupe du sort des siens qui l'ont abandonnée depuis longtemps. Diminution très sensible de l'affectivité.

« Dehors il faudrait avoir une vie organisée, je serais obligée de me conformer à une certaine discipline. Ici nous sommes des intruses, des inutiles ».

Pas d'affaiblissement intellectuel ainsi d'ailleurs qu'elle nous le souligne : « Mon intelligence est intacte comme avant ».

Désorientation par désintérêt : ne sait plus la date de son entrée à l'asile « les dates, les âges ont un sens dehors, ici nous n'en avons plus besoin ».

Sait l'âge de sa petite fille.

Connait bien les infirmières et le personnel mais se montre distante avec les autres malades. Coud dans une pièce à part.

Très légère irritabilité, gestes impulsifs. Discussions à voix haute.

Très active, travaux du ménage les plus minutieux.

Travaux de couture : tricot, broderie bien exécutés.

Très soignée, propre, coquette.

Examen physique :

Bon état général. Cœur normal. T. A. : 13-7 au Vaquez.

Réactions sérologiques négatives dans le sang.

Règles régulières.

Radioscopie pulmonaire (1937) : Régions hilaires et parahilaires broussailleuses (aspect de sclérose). Calcifications isolées sur la trame. Ombre cardio-vasculaire augmentée de volume : la pointe est à 2 travers de doigt de la ligne axillaire. L'aorte est un peu sombre et élargie.

La suivante, Augustine, évolue depuis de très nombreuses années. Dès l'âge de 15 ans, le caractère se modifie. Ce sont des cas semblables qui, selon KRAEPELIN, laissent à titre de séquelles tant de bizarreries

du caractère. On en trouve des exemples dans l'article de VIÉ sur la genèse du caractère schizoïde dans les antécédents des déments précoces. Augustine mène une vie subnormale marquée d'épisodes dépressifs et hallucinatoires. Actuellement elle est surtout remarquable par ses troubles de la *détermination psychomotrice*. Elle est consciente de son manque de volonté : pseudo-timide, elle a l'impression que sa vie est une lutte perpétuelle pour ne pas sombrer. Elle accomplit des travaux absurdes et inutilisables.

OBSERVATION N° 7.

Démence paranoïde. Evolution progressive des troubles depuis l'âge de 19 ans, après une enfance anormale. Hallucinations auditives et cenesthésiques à contenu érotique. Syndrome d'influence. Semi-conscience de l'état morbide. Imprécision de la pensée, néologismes. Ecrits cohérents. Activité utile nulle.

DUD... Augustine, célibataire, couturière, née le 28 avril 1897. Entre à Maison-Blanche en avril 1933.

A. P. : Pleurésie à 13 ans.

Dès l'enfance, les troubles apparaissent : elle se montre instable, inattentive à l'école primaire où on la considère comme une mauvaise élève. Vers l'âge de 15 ans son caractère se modifie : elle recherche la solitude, devient triste, taciturne ; à 19 ans, crise dépressive passagère (durée quelques mois) avec une tentative de suicide par noyade. Déjà elle se plaint de « manquer de volonté ».

Reprise d'une vie subnormale pendant quelques années, mais en 1924, les troubles du caractère et de la volonté réapparaissent, s'aggravent et nécessitent un premier interne-

ment de 1929 à 1931. Le diagnostic de démence paranoïde est porté à cette époque sur l'un des certificats d'entrée.

En 1933, après un essai de sortie d'un an et une sédation partielle mais incomplète des troubles, un 2^e internement est rendu nécessaire par l'état d'irritabilité de la malade. Des crises coléreuses et pythiatiques surviennent. Erotisme très actif.

Certificats, Dr COURTOIS, Avril 1933 : Psychose paranoïde. Hallucinations auditives, les autos ont des voix; on lui a pris sa tête vide par auto-suggestion. Son corps ne fonctionne plus. Accusé un commissaire de police de sa famille d'être l'auteur possible de ses troubles ».

Notes prises en 1933 : Erotisme « elle est victime d'un commissaire de police de son quartier qui la désire et à qui elle se refuse. Il la poursuit par tous les moyens, agit sur elle à distance, l'insulte dans son honneur, lui envoie des sensations génitales ». Réactions impulsives.

Examen de Mars 1940 : Présentation niaise. Sourires béats. Timidité et gêne extrêmes.

Le syndrome hallucinatoire persiste, mais s'atténue progressivement. « Deux bonshommes m'ennuyaient depuis 1930; ça a commencé par un, puis par un autre. Ils se sont donné le mot; ça continue encore un peu, mais ça va peut-être se passer. Ce n'est pas compréhensible, je ne sais pas ce qu'ils veulent dire. Ils pensent autrement que moi et doivent être plus intelligents. Je ne sais pas s'ils connaissent « les idées de terre ». « C'est un de mes cousins et un étranger ».

« Je les éloigne. Taisez-vous, laissez-moi tranquille ».

Prise de la pensée et syndrome d'influence : « des idées que j'ai, ils les savent. On me suggestionne par la voix, on m'enlève de la mémoire et on m'en remet ».

Troubles cénesthésiques : « On la remue parce qu'on dit qu'elle ne se remue pas assez. On la brûle la nuit dans le dos avec un fer rouge, ce qui lui donne une sensation « d'ascension... on pense à la terre et puis tout d'un coup on sent qu'on monte ».

Sensations génitales : On s'approche trop d'elle, la nuit, ce qu'elle ne veut pas, elle est obligée de s'éloigner... elle a une

impression de chaleur. On lui fait un peu de « système » « ça l'ennuie ».

Langage : Grande imprécision des termes, quelques associations par assonances : « Je ne fais que passer, c'est un passage, que filer, c'est un fil ».

Néologismes : « Elle est alertée » ; fautes nombreuses de syntaxe.

Difficulté consciente à s'exprimer : « C'est bien douteux de dire ses idées comme ça, ce n'est pas toujours juste ». Ambivalences, contradictions frappantes au cours de la même phrase.

Consciente de l'inadaptation à l'ambiance et des troubles de la volonté qu'elle essaie maladroitement d'exprimer : « Je tourne un peu sur moi-même pour m'orienter, je fais tous mes efforts pour me maintenir, je tâche de « me guider à des choses vraies » ma vie est une lutte perpétuelle pour ne pas sombrer ».

Elle ne veut pas travailler, parce que « cela lui ferait faire des pas et trop de chemin. Le jour là-bas aux ateliers n'est plus le même, il faudrait s'y réhabituer, avoir de la volonté et être énergique. Or, j'ai juste assez de volonté, s'il fallait que j'en dépense plus, cela n'irait pas du tout. Je doute trop de moi... ».

Ecrits plus cohérents, plus syntaxiques que la pensée orale :

« Mademoiselle, comme je vous ai dit ce matin, je suis en parfaite santé, aussi je voudrais vous demander la date de mon départ, je garderai du service un bon souvenir, mon frère doit venir dimanche prochain, je voudrais bien partir. Mes salutations. Augustine.

Débilité mentale, pas de certificat d'études; incapacité de résoudre les problèmes simples.

Bien orientée dans le temps; au courant des événements de guerre. Lit de temps à autre le journal, sait vaguement qui est Hitler. Difficulté d'évocation des souvenirs anciens qui restent confus. Ne sait plus la durée de la guerre de 1914. Dans le service se tient bien. Discute avec ses persécuteurs. Quelques gestes impulsifs parfois. Connaît bien les infir-

mières, les autres malades par leur nom. Donne au médecin des lettres pour réclamer sa sortie. Reçoit bien la visite de son frère, mais sans lui témoigner de marques d'affection particulières.

Aucune activité utilitaire. Quelques travaux de tricot absurdes, mal exécutés, n'ayant aucune forme, sans but défini.

Plutôt négligée. Bizarreries vestimentaires. Revêt les tricots qu'elle fait.

Erotisme nocturne très accentué. Masturbation à peine dissimulée.

Examen physique : Amaigrissement. Anémie.

Règles régulières.

Hypertension artérielle, sans signes d'insuffisance cardiaque :

T. A. : 21-11 au Vaquez.

Avec Raymonde Br..., nous rencontrons une malade plus jeune dans son évolution. Dès le début, en 1934, elle a présenté une diminution de l'affectivité et d'emblée tout un délire d'enfantement et de filiation. L'impulsivité, l'hostilité, l'excitation incohérente n'ont **diminué** que pour faire place à plus d'indifférence affective, à l'inactivité et l'incurie. La distinction du réel et de surréel, si nette il y a quelques années, s'atténue maintenant que la personnalité s'effrite dans la démence.

OBSERVATION N° 8.

Démence paranoïde, évoluant depuis 1936. Thèmes délirants absurdes de plus en plus difficiles à extérioriser. Hallucinations auditives et cenesthésiques. Troubles du langage et de la personnalité. Distinction

du réel et du surréel. Inaffectivité. Activité utilitaire minime.

BR... Raymonde, Monteuse en téléphone, née le 15 juillet 1906.

A. H. : Grand-père alcoolique, mère déséquilibrée.

A. C. : demi-frère mort de méningite à 6 ans 1/2.

Une cousine éloignée internée par alcoolisme.

A. P. : Pleurésie sèche. Une fausse couche spontanée de 5 mois 1/2 en 1930.

Caractère : Jaloux, hypocrite.

Début : lent et progressif, depuis 1934 où elle présente une grossesse nerveuse. Baisse de l'affectivité, extériorisation d'idées délirantes, d'enfantement et de filiation. Fausses reconnaissances : reconnaît en son patron son père mort depuis plusieurs années. Préoccupations hypocondriaques.

Certificats, 15 juillet 1936, Dr PICHARD : « Est atteinte de psychose paranoïde. Hallucinations auditives et cénesthésiques floues. Idées délirantes de persécution et d'influence inconsistantes, mal organisées. Troubles du cours de la pensée. Néologismes « on lui fait du filage et du travailage », on lui fait du sang, c'est-à-dire qu'on fait parler son sang en l'examinant. Elle est bâtarde et on lui a fait un procès devant la préfecture de police pour un avortement et une discussion d'héritage. Excitation psychomotrice incohérente. Opposition et violences envers le personnel. Troubles des actes au dehors, plaintes au commissariat ».

Dr GOURIOU, 23-12-36 : « Psychose hallucinatoire avec idées délirantes polymorphes débiles : fond de dépression, de rêve, de distraction, de passivité, d'inactivité. Sentiment d'étrangeté, de transformation. Roman délirant rétrospectif absurde. Un enfant né en 1930 à 5 mois 1/2 lui parle dans son sang et cela l'apaise. Élément imaginaire : aurait été grosse, chloroformée et avortée à 3 mois 1/2 d'un enfant vivant. Processus de compensation affective probable ».

Examen de février 1940 : Inertie motrice. Quelques gestes stéréotypés. Grimaces discordantes de la bouche. Gestes d'agacement. Semble éloigner des personnes invisibles. Inatten-

tion. Rêverie. Il faut lui arracher bribes par bribes ses idées délirantes.

Familiarité au début de l'entretien, puis retombe bientôt dans son état de rêverie.

Délire complexe peu pénétrable. Organisation autour d'une idée centrale : la résurrection de 3 fœtus qui proviennent de ses avortements. « J'ai 3 enfants surréels, mes avortements ont ressuscité, se sont développés. Ils vivent et ils m'ont réclamée. Je n'ai pas pu les adopter, la femme qui les avait vu revivre, elle me les a gardés. Il y a 2 jumelles de 4 ans et un enfant de 11 mois ».

« Je les vois : ce sont de petites ombres. Ils sont gentils, souriants, clairs, mignons... comme ils seraient derrière la glace. Eux, ils veulent être seuls et libres, c'est pourquoi ils ne paraissent pas. Tous ceux qui se détachent de moi sont des ombres. Je les vois faire des dessins avec moi, je ne vois pas ce que je dessine, c'est imaginaire. Nous communiquons par une onde... et l'onde vient jusqu'à nous. Quelquefois nous sommes obligés de « parler réel », nous ne pouvons communiquer par la pensée.

« Quelquefois, nous avons de l'inquiétude, nous ressentons une vivacité. J'ai eu des points qui me venaient du sang qui me faisaient ressauter assez vivement, forte surprise qui n'est pas bonne du tout. Je restais « planquée, colère ».

« On m'envoie de l'irritation, de la chaleur qui n'est pas à moi... des passages de quartier pauvre... parfois on sent la fièvre ».

« La nuit, je ressens une douleur atroce, j'ai des sursauts, je me réveille et j'entends crier, « j'ai peur, maman »... Je me crispe pour me calmer... ça m'irrite le sang. Je suis sûre que j'inquiète tout un monde pour cette souffrance ».

Sentiment d'étrangeté, d'irréel, de dépersonnalisation « Je me sens perdue, effacée, je me suis vue, étudiée, recherchée partout. Maintenant j'ai la force de me voir, je vois tous mes organes.

Il y a 2 voix en moi, la voix du sang et la voix ordinaire. Quand on est trop confiant, on peut se faire surprendre par la voix du sang.

Quand on est trahi et vendu notre voix est surprise, on nous fait surprendre quelques mots de pensée... de notre réflexe... je n'aime pas qu'on me parle ».

Emploi constant des mots « réel et surréel » qui s'opposent dans sa pensée. Propos sybillins. « Tout le monde était bien réel avant d'avoir subi tout ce développement et on en arrive au même point. Ce sont des postes déclenchés qui ont fait faire quelque faillite ».

Quelques plaintes hypocondriaques : « Elle est anémisée, elle se sent faible, c'est ce qui l'endort ». « C'est une maison pour faire faillite vu la nourriture qu'on y donne... On nous fait boire du kummel et de l'aloyau non dévidé ». Son intestin est déchiré.

Baisse de l'affectivité. Son mari « c'est un sociétaire charmant pour jouer, pour courir ». Elle devient de plus en plus indifférente à son égard. Ne lui écrit plus.

Ses parents « elle les a adoptés; elle dit adopter parce qu'elle veut se sentir libre et ne pas avoir le « cœur en accroche ».

Bien orientée. Mémoire bonne. Connait les infirmières.

Baisse graduelle de l'activité qui est réduite à quelques travaux épisodiques du ménage; le plus souvent oisive. Se couche par terre dans la cour et imite des cris d'animaux « le coq et le chien, peut-être qu'ils me recherchent, j'ai une voix pour toutes les bêtes ». Négligée, malpropre. Quelquefois violente et menaçante.

Ecrits au Directeur de Tarnier : « Je voudrais savoir si en 1930 vous n'avez pas gardé un fœtus m'appartenant. J'ai des ennuis continus en entendant une voix d'enfant...

Excusez-moi « si non ce n'est ».

Examen physique : pâleur, règles normales et régulières.

B. W. : négatif dans le sang.

Urée : 0,30 ‰.

PSYCHOSE HALLUCINATOIRE : FORME PARANOÏDE

La psychose hallucinatoire chronique, telle que l'ont comprise Gilbert BALLET, DUPRÉ, et leurs élèves, telle que l'a définie, bien plus extensivement de CLÉRAMBAULT, se caractérise par le développement de l'automatisme hallucinatoire avec prédominance d'hallucinations auditives et d'hallucinations psychiques verbales, l'organisation de thèmes délirants variés, surtout persécutifs, et par la longue conservation de l'activité mentale, et notamment de la cohérence de la pensée, même lorsqu'apparaissent au bout d'un temps variable, mais assez prolongé, des termes néologiques.

Dans la forme psycho-motrice, qui répond au *délire psycho-moteur* de SÉGLAS (1894), et que plus tard SÉGLAS devait appeler, notamment dans la thèse de LÉVY-DARRAS (1914), la psychose d'influence, la prédominance appartient aux hallucinations psycho-motrices, aux phénomènes d'automatisme mental type de CLÉRAMBAULT; les malades éprouvent très vivement les sentiments d'influence, finement analysés par CEILLIER (1924) et les idées délirantes s'orientent autour des thèmes de possession, de domination, d'influence. Ils se sentent soumis à une action étrangère : C'est la xénopathie de GUIRAUD, l'étrangeté y joue un rôle qu'a bien souligné BALVET dans sa thèse sur le sentiment de dépersonnalisation. Les thèmes mys-

tiques, spiritistes, érotiques s'y rencontrent fréquemment.

L'évolution du délire d'influence était souvent bénigne, d'après les classiques, et ce pronostic se vérifie notamment pour les formes symptomatiques d'autres affections mentales. Cependant VIÉ a retrouvé avec VILLEMEZ, d'anciennes malades considérées jadis par MIGNARD comme des psychoses d'influence typiques, elles avaient évolué vers l'état de démence véranique après avoir présenté des syndromes paranoïdes.

Il semble bien de plus qu'il faille considérer spécialement les formes graves de la psychose hallucinatoire chronique, celles dans lesquelles les processus hallucinatoires sont intenses et s'étendent à des domaines sensoriels multiples, à la sphère cénesthésique, au mécanisme intime de la pensée. Ces formes graves paraissent évoluer, vers une atteinte plus rapide et plus profonde de type dissociatif, nettement paranoïde, comme chez la malade Marie May... (obs. 6) de la thèse VILLEMEZ : issue d'une famille de déséquilibrés, internée à 37 ans par DUPRÉ, elle subit depuis plus de 20 ans des troubles psychosensoriels diffus et intenses qui ont profondément pénétré et dissocié les mécanismes de sa pensée, qui est maintenant imprécise, son langage est inadéquat, la malade reste détachée de l'ambiance.

C'est cette forme paranoïde de la psychose hallucinatoire qui constitue le fond des descriptions de la psychose paranoïde telle que l'ont comprise

CLAUDE, PRIVAT DE FORTUNIÉ et sur laquelle nous avons insisté dans notre premier chapitre.

Paul ROTH, dans sa thèse (1937), inspirée par PFERSDORFF, a étudié le sort du délire dans 16 cas de psychose hallucinatoire chronique. Mais, bien qu'il tente d'y séparer schizophrénies et paraphrénies, il n'en fait pas ressortir les caractères différentiels. Son second groupe répond à nos psychoses hallucinatoires graves. « Il est caractérisé par le développement considérable d'hallucinations dans tous les champs sensoriels ». Il note le délire d'influence physique, la coexistence d'idées de persécution et de grandeur, l'emploi de substantifs inusités, souvent néoformés « *ad usum proprium* » et qui servent parfois à désigner les persécuteurs, le comportement autistique, de même que dans son troisième groupe où prédominent les phénomènes psycho-moteurs.

Dans sa monographie, Carl LEONHARD, élève de KLEIST, groupe, nous l'avons vu, ses paranoïdes « qu'il oppose aux hébéphréniques et aux catatoniques déficitaires ».

1°) *La phantasiophrénie de KLEIST*, marquée par des sensations corporelles étranges, des hallucinations auditives et visuelles, des « événements de masses » qui entraînent le malade dans des aventures grandioses ayant pour cadre l'univers, des fausses reconnaissances, des idées absurdes de grandeur et de persécution. Cette forme répond à la paraphrénie fantastique de KRAEPELIN.

2°) *La somatopsychose progressive de KLEIST*, dont

le délire est moins constructif, mais répond à des hallucinations bien plus diffuses, surtout dans le domaine cénesthésique. L'affectivité est mieux conservée, il n'y a pas de désinsertion du réel; en dépit de paralogismes et de néologismes, la parole reste compréhensible.

3°) *L'hallucinoze déficitaire verbale* répond à la forme plus proprement auditive et sort en réalité de nos psychoses paranoïdes.

4°) *Dans l'auto-psychose progressive de KLEIST*, les troubles de la personnalité sont bien plus profonds, il s'agit ici d'une forme extensive déficitaire. Les malades sont désinsérés de l'ambiance, l'affectivité est atteinte, leur style est agrammatique et dépourvu de syntaxe.

5°) *Enfin la schizophrénie déficitaire incohérente* réalise un degré de gravité encore plus profonde, que sépare de la démence précoce l'absence de signes catatoniques.

Nous avons rapporté ces formes parce que les conceptions de KLEIST sont moins connues en France que celles des autres Ecoles et qu'elles procèdent d'un effort analytique qui n'a probablement pas dit son dernier mot.

Tous ces travaux, remarquons-le, n'abordent pas le côté étiologique. Sans doute, l'étiologie des grandes psychoses demeure encore décevante. Toutefois, il n'est pas impossible que les psychoses paranoïdes d'origine décelable n'aient un cachet spécial et que cela permette ultérieurement de déblayer l'auréole

syndromique qui entoure d'imprécision le noyau central des principaux types de la psychiatrie clinique.

Dans les exemples rapportés ici nous soulignerons surtout les caractères qui différencient les psychoses paranoïdes de la démence précoce. Un premier exemple montre une évolution extrêmement lente puisque les premiers troubles remontent à 1923, et que l'internement ne s'est imposé qu'en 1940. Si chez cette malade les hallucinations peuvent être cachées par la réticence et peut-être aussi parce qu'elles ont perdu de leur intensité, on retrouve par contre toute la gamme des thèmes d'influence, de persécution, de filiation, de méconnaissance à la fois et du mari, et du divorce; le sentiment d'étrangeté a poussé cette femme vers une intériorisation progressive : elle lit les journaux et se tient au courant bien qu'elle ne manifeste pas de contact avec l'ambiance. Elle emploie quelques néologismes, mais son langage n'a rien d'incohérent. On ne note aucun signe de catatonie ni de discordance.

OBSERVATION N° 9.

Psychose paranoïde. Evolution progressive depuis 1923. Délire mal systématisé avec idées confuses de persécution et d'influence. Syndrome hallucinatoire flou. Inversion des sentiments familiaux et indifférence affective. Sentiment d'étrangeté. Mémoire et

orientation normales. Cohérence des écrits en dehors des thèmes délirants. Néologismes.

Activité utilitaire nulle.

BAL... Yvonne, divorcée Br., née le 14 juin 1888. Entre à Maison-Blanche le 30 mars 1940.

A. H. : Mère morte à 66 ans d'un cancer de l'estomac.

Père : 75 ans, vivant.

2 tantes et un oncle maternels morts de tuberculose.

A. P. : Maladies de l'enfance.

A eu 3 enfants vivants et bien portants.

Enfance normale. Elève studieuse, obtient à 15 ans son brevet élémentaire.

Mariée en 1913 à l'âge de 25 ans.

Début des *premiers troubles en 1923*, à 35 ans, peu de temps après la naissance de son second enfant par des idées de persécution et de jalousie : les gens la narguent et pénètrent jusque dans son appartement pour l'épier, son mari la trompe avec sa meilleure amie.

En 1931, sans motif, elle quitte brusquement son domicile et se réfugie dans un hôtel. Sa famille la met dans une maison de santé pendant 3 mois, elle revient ensuite chez elle, mais les troubles s'aggravent progressivement.

Divorce en 1932 : elle gifle sa belle-sœur et l'injurie grossièrement pendant l'enquête.

Après son divorce, elle vit avec son père depuis 1933 jusqu'à l'internement de 1940. Pendant 7 ans, l'évolution de la maladie continue, des hallucinations surviennent, le comportement se modifie.

Elle parle seule, frappe constamment les murs à coups de serviette en disant : « Eloignez-vous crapules ». Un jour elle s'en prend à un cartel accroché au mur et comme son père lui demande la cause de son attitude répond que sa cousine Hélène est dans le balancier. Son père observe qu'elle parle parfois avec 2 tons de voix différents : voix basse chuchotée et voix aiguë.

Diminution de l'activité, claustration : au début, elle con-

sentait à sortir avec son père et à fréquenter quelques amis, mais depuis plusieurs années, elle reste cloîtrée chez elle et ne sort que pour faire des provisions.

En février dernier, elle cesse de sortir. Sa seule activité consiste à préparer les repas, elle passe des journées entières assise sur son lit, refuse de se laver. Elle ne parle plus à son père, sauf pour l'injurier grossièrement. Elle se désintéresse de ses 3 enfants, ne demande jamais de leurs nouvelles, ne manifeste pas le désir de voir sa fille dont elle est séparée depuis 10 ans. Refuse de s'occuper des questions d'intérêt et de donner des signatures au notaire. Refuse également de se procurer un masque à gaz, de descendre à la cave pendant les alertes mais lacère les affiches de défense passive apposées dans l'escalier.

En mars, accentuation des troubles : inactivité totale; refus de faire sa toilette; agressivité envers son père : elle lui lance à la figure les objets qui lui tombent sous la main, brise les carreaux, en disant : « Et puis d'abord vous me dégoutez tous ».

Certificat d'internement : « Est atteinte de psychose paranoïde. Idées délirantes de persécution et d'influence mal systématisées. On l'a menée dans une maison qui a toutes les apparences d'être celle des francs-maçons, on lui fait des ennuis de toutes sortes. On l'empêche de penser. On change sa personnalité à cause de son mari. Affaiblissement psychique marqué surtout par un déficit amnésique. Probabilité de syndrome hallucinatoire sous-jacent. Etat général médiocre, pâleur du faciès ». (Dr CHATAGNON, 1^{er} avril 1940).

Examen du 9 avril 1940 : Se présente avec beaucoup d'aisance. Un peu irritable, répond avec mauvaise grâce aux questions posées.

Idées confuses de persécution et d'influence : Depuis son enfance elle est suivie, dirigée, habillée, coiffée par des persécuteurs imaginaires. C'est surtout depuis une trentaine d'années que c'est apparent : « On vous impose de vivre autrement que vous le voulez, on dispose de vos enfants, de vos vêtements, de vos meubles, on vous chasse de chez vous ».

Syndrome d'influence et prise de la pensée : on l'assu-

jettit à penser à quelque chose — par exemple à l'avenir, elle s'est aperçue qu'on lui prenait sa pensée, surtout le dimanche soir.

Syndrome hallucinatoire exposé avec réticence : « D'ici elle entend ce qui se dit dans la rue, sur les personnes régnantes, le gouvernement ». C'est une rumeur confuse, on ne s'adresse pas directement à elle. Quand elle est couchée, on lui tire les cheveux.

Depuis le début de l'internement, nous n'avons pas constaté d'hallucinations psychiques.

Les persécuteurs qu'elle désigne sous le nom « d'hostiles et d'hostileuses » sont très nombreux. « Ce sont des personnes qui voudraient gouverner le monde, avoir des vêtements plus élégants et plus d'importance que les autres... ça peut arriver à tout le monde, on ne se doute pas combien c'est difficile car on n'a pas une importance réelle sur la terre. C'est ce qu'on appelle la franc-maçonnerie, c'est une secte qu'on a l'habitude d'appeler ainsi, il y a des réunions avec les démons, une organisation comme celle-ci n'a pas sa raison d'être. Tout le monde peut « s'apparencer » pour entrer dans le groupe des hostiles, même la concierge, même les voisins. C'est au pouvoir de personnes qui « s'apparentent » un peu extraordinairement. Je ne les connais pas, mais c'est le démon qui leur confère ce pouvoir ».

Tous ceux qui veulent l'empêcher de vivre à sa guise, lui imposer leur autorité sont immédiatement classés dans la catégorie des persécuteurs, « des hostiles ».

Nous croyons pouvoir ainsi expliquer les *thèmes délirants de filiation, l'inversion des sentiments familiaux*, la méconnaissance de son père, de son ex-mari bien qu'elle nie son divorce.

« M. Bal... non ce n'était pas mon père. M. Br... n'était pas davantage mon mari; il y a une campagne en France pour cela, ils veulent être le père, le mari de tout le monde — c'est l'habitude maintenant sur la terre. Quand j'étais jeune, c'était différent, j'ai bien été la femme de M. Br... mais c'est lui qui a changé, son apparence physique s'était modifiée dans ces dernières années, il portait bien le même costume, mais ce n'était pas mon mari.

Quant à moi, mon nom véritable est bien Yvonne BAL..., mais tout a été dérangé dans ces programmes, il y a eu une discussion épouvantable, c'est le code civil qui a fait cela. Ce n'est pas très difficile de s'appeler Yvonne B..., s'il vous plaît d'appeler ainsi une petite fille, vous pouvez le faire, ça peut arriver ».

Nous avons vu quelle aversion elle éprouvait pour son père à qui elle n'adressait la parole que pour l'accabler d'injures.

« M. Br..., il n'y a pas moyen de raisonner quoi que ce soit avec lui, il faut lui parler un peu fort de temps en temps, c'est un être invraisemblable, je lui préparais ses repas et c'est tout ».

Vis-à-vis des membres de sa famille avec qui elle ne vivait pas, elle ne manifeste que de l'indifférence. Elle n'a pas vu ses enfants depuis une dizaine d'années, elle ne sait pas ce qui leur arrive, d'ailleurs « cela n'avancerait à rien ».

Même indifférence vis-à-vis de ses anciens amis et de tous ses semblables en général. « Je fréquente le moins de gens possible et j'essaie de me mettre à l'abri des événements. On voit du monde inévitablement pour les courses, les provisions, mais il ne faut pas chercher d'autres relations, on risquerait de mettre les gens dans une situation difficile ».

Les événements actuels la laissent insensible, elle est à peine au courant de la guerre, bien qu'elle lise le journal 1/4 d'heure par jour : « Maintenant on parle de toutes sortes d'histoires... la guerre je m'en désintéresse, je n'ai pas besoin de le savoir ».

Le monde extérieur lui semble *mystérieux, étrange, bizarre*. « C'est épouvantable ce qui se passe à Paris, c'est une période invraisemblable où gouvernement des êtres étranges, ça arrive de temps en temps, on parle de la fin du monde. Au bois de Boulogne, dans le pavillon chinois, il y avait une effervescence révolutionnaire ».

Niveau intellectuel impossible à explorer. A obtenu son brevet élémentaire à l'âge de 15 ans. Ecrit correctement sur des sujets en dehors de thèmes délirants.

Lettre :

Ma famille on m'en a séparée. Je n'ai rien à dire à per-

sonne sur ce qui m'arrive. On n'y pouvait rien sans doute puisque je suis ici. On n'y peut rien encore.

J'ignore absolument ce qui peut faire suite à une histoire semblable, j'ai toujours évité d'encourager la méchanceté. J'ai redouté de connaître ces maisons-là.

J'espère que cela ne durera pas, ce doit être extraordinaire tout à fait.

J'espère aussi que cela n'arrivera plus, nous avons eu à Paris une *histoire incroyable* (?) je ne m'y suis pas mêlée du tout, les personnes que j'avais connues, je ne les ai pas revues. C'est tout à fait regrettable d'arriver à des manifestations pareilles.

Mon meilleur souvenir.

Yvonne BRE...

Orientation : sait la date exacte.

Dit qu'elle est dans un hôpital, dont elle ne cherche pas à connaître le nom.

Se désintéresse totalement de son entourage.

Mémoire bonne. Souvenirs précis.

Comportement : docile et silencieuse. S'est irritée le premier jour de l'internement quand on lui a dit de faire sa toilette, mais ne s'y est pas opposée ensuite. Fait son lit quand on l'y force. Paresse ne se lève que si on l'y oblige.

Inactivité totale : reste assise sur son lit ou sur sa chaise, lit le journal rapidement chaque jour.

A refusé de recevoir son père et s'est irritée un peu à cette occasion.

Aucun geste violent depuis le début de l'internement.

Examen physique : Etat général médiocre; pâleur du faciès.

Système nerveux : Très légère inégalité pupillaire. G > D.

Réflexes pupillaires normaux.

Réflexes tendineux très vifs aux membres inférieurs, normaux aux membres supérieurs.

Tremblement émotif.

Cœur : Bruits sourds.

Pouls à 100.

T. A. : 15 1/2-10 au Vaquez.

Tube digestif : état saburral.

Appareil génital : Règles abondantes suivies de pertes hémorragiques sépia.

Col utérin volumineux, nodosités, ulcérations.

Examens biologiques :

Urée sanguine : 0 gr. 55 $\frac{c}{100}$.

Urines : Sucre, albumine, acétone : néant.

Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

Un type évolutif tout différent est offert par la malade suivante : en un an la maladie franchit toutes les étapes et atteint une incohérence de pensée et de langage accentuée au service d'un délire polymorphe absurde. La personnalité de la malade est transformée ainsi que sa conception de tout le monde ambiant. Elle est la déesse de l'Amour, vit au milieu de divinités inférieures, méconnaît son mari, mais reçoit avec beaucoup d'affection sa fille. Elle est bien orientée, consciente de l'ambiance avec laquelle elle n'a pas rompu contact, et si l'intensité hallucinatoire et le délire fantastique battent leur plein, cette persistance du rapport affectif avec l'entourage n'est pas le moindre paradoxe de cette psychose paranoïde qui, malgré tout, ne traduit pas une dissolution réellement uniforme du psychisme.

OBSERVATION N° 10.

Psychose paranoïde. Début progressif. Délire fantastique avec système cosmologique, thème mégalomane. Hallucinations auditives et cénesthésiques,

sentiment de transformation corporelle. Erotisme. Désorientation partielle. Activité utilitaire limitée.

CAD... Eugénie, femme Le Dig..., née le 18 septembre 1895, entre à Maison-Blanche le 28 septembre 1938.

Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires de la malade.

A. P. : 1 fausse-couche provoquée de 2 mois.

1 fille de 20 ans bien portante.

Caractère jaloux et coléreux, d'après la famille.

Le début de la maladie paraît remonter à l'année 1937 : elle fut à cette époque hospitalisée à Henri Rousselle pendant quelques jours. Progressivement les troubles s'accroissent ; elle se montre de plus en plus irritable et coléreuse, des idées de persécution surviennent, ainsi que des hallucinations nocturnes : voix menaçantes, sensation de piqûres, d'attouchement, Tentatives de suicide sans résultat. Refus d'aliments. Des réactions violentes envers la famille nécessitent l'internement en 1938, à l'âge de 42 ans.

Certificat : Dr CHATAGNON, 29 septembre 1938 : « Psychose paranoïde avec syndrome hallucinatoire et sentiment de transformation corporelle : « elle est Vénus ». Délire polymorphe et très actif. Elle effectue des voyages dans Saturne, elle est actuellement dans Mercure. Elle est un émetteur de radiodiffusion et elle a une tâche de Rédemption à effectuer. Probabilité de désagrégation rapide. Etat général assez satisfaisant ».

Examen en mars 1940 : Subexcitation, familiarité. Ton condescendant. Approbativité dans les suggestions fantastiques.

Nom ? Romuse de Kérillis de Kermor. Identité des plus confuses : elle est la duchesse de Windsor, la fille de Roosevelt et son mari était le roi d'Angleterre. Des princes chinois auxquels elle était apparentée vont venir la chercher. Elle est descendante des Hohenzollern et duchesse de La Vallières.

Délire fantastique, peu cohérent :

« Je suis la lumière du siècle, je suis la pensée aveugle aux esprits humains, seules les voix peuvent communiquer avec moi. C'est moi la seule pensée restante dans l'humanité; la dernière pensée satellite était celle de ma fille. Tout autour de moi sont les étoiles sur lesquelles je règne; vous êtes l'étoile américaine, ma fille est morte quand la pluie d'étoiles est survenue ».

« Petite fille de l'Arche de Noé et génie de la nature, je suis la femme des « hypertrophiles ».

« Mon père ? Toutes les divinités assemblées.

« Ma mère ? Toutes les femelles de l'Arche de Noé. On m'a dit que j'étais la Déesse de l'Amour; cette nuit je me suis mise à la tête des buffles. J'ai le pouvoir de guérison et celui de ressusciter les morts, l'univers entier m'appartient ».

Ces pouvoirs surnaturels lui ont été conférés lors de l'établissement de la radiodiffusion... « c'était pour calmer le monde qu'on lui a donné cette mission ». Avant « elle était suivie par les esprits de la biologie appliquée ».

Double personnalité et sentiment de transformation corporelle : Le jour elle communique avec la matière, la nuit avec les esprits, elle est comme on dit « spirite nos ». Quand elle dort, son esprit s'envole, elle devient toute petite « comme Shirley Temple ».

Descendue sur terre en 1912 pour la 5^e fois, elle est morte bien souvent : morte elle était un pur esprit. La nature l'a opérée. Son cœur a été percé et son organisme entièrement changé, son visage aussi, par le pouvoir du « petit caméléon » de l'arche de Noé; elle ne peut cependant s'apercevoir de ces transformations, car elle a un jeu dans les yeux. Montre sa poitrine et dit : « je porte là une inscription, c'est la marque de la lumière ».

Hallucinations auditives et cénesthésiques. Elle communique avec les voix des esprits de 14, les esprits de la biologie, par T. S. F., surtout la nuit quand elle est devenue immatérielle.

Prise de la pensée : « La radiodiffusion est branchée sur son cerveau et sa pensée diffusée dans le monde entier. On

prend son cerveau, elle sent qu'on comprime sa tête comme dans un casque mais elle peut à son gré arrêter cette prise de pensée en disant « captation de la radiodiffusion, arrêtez-vous », c'est facile avec les gaz « acromogènes ».

Des éclairs, des courants électriques arrivent sur elle, mais elle y est peu sensible. Lors d'une de ces expériences, on lui a rentré une aiguille dans le ventre.

Missions sociales, politiques. Ses pensées sont utilisées dans l'industrie, la métallurgie, l'agriculture et à la « stabilisation du cerveau des autres », elle est l'esprit des machines.

Son esprit de nuit protégeait les soldats en 1914, on l'avait surnommée « la Marianne des Interalliés ». C'est elle qui a fait la paix mondiale par l'intermédiaire de la S. D. N. interplanétaire. Elle est les cagoulardes mais elle appartenait aussi au parti ouvrier « qui ne voulait pas la rendre aux Princes ».

Erotisme assez actif ainsi qu'en témoigne un exhibitionnisme complaisant et sa demande qu'on l'examine avec un spéculum. Ses voix lui ont dit qu'elle n'avait pas le droit de n'aimer qu'un seul homme en amour, il faut qu'elle aime tous les hommes de l'arche de Noé. Depuis 25 ans, elle est amoureuse du soldat inconnu.

Méconnaissance de son mari : Par contre, reconnaît bien sa petite fille.

Orientation : juxtaposition de thèmes délirants et de notions exactes d'orientation. Voyage dans la lune, séjour dans Saturne et Mercure, mais aussi à Maison-Blanche.

Elle y est depuis 19 mois (exact).

Donne les dates de la guerre.

Se croit en février 41 et née en 1912. Donc elle a 29 ans, dit-elle, (en réalité : 45 ans).

Propre, mais tenue ordinairement négligée en rapport avec les idées délirantes, porte ses cheveux épars, « comme les déesses ».

Activité non suivie : de temps à autre quelques travaux de tricot mal exécutés; se trompe dans les points. Fait son lit, ne lit pas, n'écrit pas.

Soliloques bruyants.

Connait le nom des infirmières du pavillon, mais ne s'intéresse pas aux autres malades qu'elle considère comme des divinités ou des étoiles sous ses ordres. Parfois impulsive et violente à leur égard. Manifeste très fréquemment le désir de sortir. Parle de temps en temps de faire des tentatives de suicide. Très grande affection pour sa fille qu'elle reçoit bien.

Examen physique : Règles abondantes d'ordinaire irrégulières depuis 2 mois.

Examen des divers appareils : normaux.

T. A. : 16-10 au Vaquez. Urée 0,35 ‰.

Voici enfin un très curieux exemple de la dissociation entre l'incohérence délirante et la conservation de l'activité pragmatique chez une malade qui évolue depuis 10 ans. Emilienne P... se fait remarquer par sa présentation pittoresque. Un bandeau sur la tête elle s'avance, hardie et gesticulante, faisant des gestes cabalistiques, vers l'observateur. Ses propos sont d'une incohérence totale, mais elle les prononce avec une telle véhémence, une si grande conviction, l'expression si ouverte et directe, que l'on est surpris de ne pas les comprendre. Emilienne est la meilleure travailleuse de son quartier, elle s'occupe même de certaines distributions dans lesquelles elle ne fait pas d'erreur. Elle n'est pas violente, malgré la force de sa voix, et même défend ses compagnes qui lui sont sympathiques.

OBSERVATION N° 11.

Psychose paranoïde. Hérité psychopathique.

Début en novembre 1930 par un état dépressif atypique avec discordance. Evolution vers un syndrome paranoïde. Incohérence verbale. Propos décousus, langage asyntaxique. Thèmes délirants mégalomaniques; idées de négation. Subexcitation. Activité utile bien conservée.

PRD... Emilienne, célibataire, 45 ans, née le 11 décembre 1894; entre à Maison-Blanche le 17 novembre 1930.

A. H. : Grand-père paternel s'est suicidé.

1 oncle maternel présentait des troubles mentaux.

Mère morte à 64 ans de paralysie.

Père vivant, âgé de 84 ans.

A. C. : 1 sœur aînée morte en 1907 à Villejuif après 5 ans d'internement.

1 sœur vivante atteinte de maladie de Basedow.

Caractère émotif : Effacée, timide dans l'enfance et l'adolescence. Privations volontaires afin d'économiser pour sa vieillesse. Surmenage. Dans les années qui précédèrent l'internement : état physique médiocre, vertiges fréquents, étourdissements, céphalée.

Choc émotif : perte d'un fiancé en 1925.

Début des troubles le 8 novembre 1930 : Nombreuses idées de persécution « les voisins la prennent pour une femme légère et une hystérique, on la juge mal ». Idées de suicide. Activité érotique : « Il lui faut un homme ». Hallucinations auditives injurieuses.

Internement d'office le 14 novembre 1930.

Certificat du Dr Clerambault : Dépression atypique, probabilité d'état mixte avec appoint caféique. Cyclothymie d'après ses dires.

Malnutrition, ébauche de Basedowisme. Convictions mélancoliques; indignité : a commis de graves fautes et mérite l'échafaud. N'échappera pas à la prison.

Projets de suicide. Tout le monde connaît ses fautes. Doutes partiels. Conscience intermittente de sa maladie. D'autre part *tonus conservé*; vivacité; énergie relative. *Discordances di-*

verses. Pouls 116. Roc. 112/116. Fugue avec une somme élevée, puis errance en taxi. Demande d'être conduite vers la Seine afin de s'y précipiter. Voix accusatrices et menaçantes. Distinctions entre les voix vraies et les voix fausses. Pares-thésies céphaliques, sentiments indéfinissables. Vague influence, vide de la pensée, accepte avec lucidité son internement qui doit la guérir si elle est guérissable et si la suggestion ne suffit pas. Sœur traitée jadis à Villejuif.

Examen du 17 novembre 1930 : Etat mélancolique, prostration, Semi-mutisme. Opposition.

Evolution progressive des troubles.

Notes prises en juillet 1930 : déclamations bruyantes, ins-tabilité motrice; impulsivité violente, grossièretés. Propos in-cohérents.

Dit au personnel : « vous qui n'êtes pas, je vous vois en double. Vous avez deux têtes, les sciences occultes m'instrui-sent ».

Examen du 15 mars 1940 : Excitation psychomotrice; ges-ticulation cabalistique. Regarde l'interlocuteur en mettant devant son œil droit, à la façon d'un monocle, n'importe quel objet. Geste d'énucléation de l'œil. Parfois se lève brus-quement, se tient la nuque avec les mains et pousse un hen-nissement.

Interrogatoire difficile. Très grande irritabilité, purement verbale. Propos décousus, sans rapport apparent avec les questions posées.

« Je suis Emilienne spirite l'électricité. Eternelle malgré vous. J'ai l'âge de Dieu, l'âge de la vérité. Tout émane de moi. Je suis la lumière, l'intelligence, le cinéma, la T. S. F. sans appareil, je suis une matérielle qui n'était pas. C'est moi l'œil magique et l'oxygène. J'ai été rendue en atmosphère il y a quinze ans. J'ai pu me marquer authentique lorsque j'ai cru à la terre et qu'on se fichait les uns des autres.

Je suis « rendue » la musique, j'ai une puissance que vous n'avez pas. La vie spirituelle ne produit aucun tangible ni visible.

La ceinture que vous m'avez imposée à mon tour n'aura pas lieu, car vous vous êtes trop moquée du grand Christ.

Expliquez-vous pour 75 cm. de loge (cette phrase revient sans cesse dans les propos). Je suis intelligente et vous pas; vous feriez bagarre en naissant, vous avez nargué ma diplomatie impeccable. Je vous retrouverai à Biribi occulte, votre rôle est ridicule à côté du mien, vous n'êtes pas l'interne et vous voulez quand même narguer Dieu. Dieu n'est pas une putain; ma main devient gigantesque et vous emboîte ».

Vous jouez la comédie d'être folle. Moi, je vous arrête, je suis guérie, je suis juge impartial ».

Hallucinations auditives probables : Thèmes délirants mystiques « Quand je me suis débattue avec les voix auxquelles je ne crois pas, je me suis rendu compte que je suis illuminée. Je suis une ancienne mystique qui a cru tout sauver. Oreille pour œil et je vous fous dedans. Je suis la religion qui porte la croix. Je me suis réincarnée très forte, très travailleuse contente de rendre service. Je peux être réincarnée moins bonne. Il me faut rédempter 30 âmes par jour avec les carreaux qui ne sont pas.

Je puis filmer où je veux; d'un film qui n'est pas je le grandis (ce qui explique la gesticulation, nous nous rendons compte que l'objet qu'elle met devant son œil droit joue le rôle de caméra). Le bruit d'hypnose du cinéma est rendu pour la vie, n'est-ce pas ? Tout fait glace avec moi, à réflexion d'ailleurs ».

Idées de négation : « La terre n'est pas, ici n'existe pas, mon rôle c'est de constater que le lieu n'est pas. Mon père n'est pas, il n'avait pas de côté droit, pas de côté gauche puisqu'il n'est pas. Je suis moi, Emilienne partout, je ne veux pas le bolchevisme ».

Langage particulièrement asyntaxique : Déformation des mots : « relèvement esocial ».

Association par assonances : « Versailles...ail »..

Calembours : « Un complet pour un rendu, l'habit fera le moine ».

Fonds mental impossible à explorer. Les questions posées dans ce but n'ont donné lieu qu'à des réponses incohérentes. Dans ses propos cite cependant le nom de l'asile « La Maison-Blanche ».

Comportement habituel :

Subexcitation permanente. Soliloques bruyants. Quelques gestes violents.

Très propre, coquette, maquillée, tenue vestimentaire en rapport avec les conceptions délirantes : port d'un bandeau sur le front pour affirmer sa qualité de spirite.

Activité utilitaire très grande : Travaille sans cesse au ménage.

Très méticuleuse dans son travail. Ne lit pas, n'écrit pas.

Connaît par leur nom les infirmières.

Examen physique :

Bon état général. Petits signes de Basedowisme. Réflexes tendineux vifs. Cœur : tachycardie à 96.

Règles régulières. Régulée depuis l'âge de 13 ans.

Réactions de B.-W. : négatives dans le sang.

Liquide céphalo-rachidien : normal.

On assiste ici encore une fois, à la dissociation de l'incohérence localisée au délire, et de l'activité appliquée, conservée. VIÉ et RAUCOULES présentaient l'an dernier une paranoïde à l'incohérence verbale très profonde lorsqu'elle parlait de son délire et qui s'exprimait en langage normal dès qu'on lui posait des questions relatives à sa vie courante. Chez une autre, et nous avons constaté dans notre série plusieurs cas semblables, les écrits délirants sont d'une incohérence complète, alors que les lettres adressées à la famille, ou tout au moins à certains membres de celle-ci, demeurent tout à fait pertinentes. Ces faits différencient la psychose paranoïde de la démence précoce. Les discordances que l'on peut y observer ne sont pas fragmentaires, elles ne morcellent pas les éléments eux-mêmes de la pensée

ou des actes, mais elles disposent de ces éléments suivant les lois du délire. Elles ne stéréotypent pas l'activité dans un moule fixé et uniforme. Chez un vieux paranoïde dont il a retrouvé une belle collection de dessins et d'écrits gastronomiques et fantaisistes qui traduisaient tout un symbolisme érotique, Vié a constaté comment là encore s'opposaient les deux classes. Certaines pages de calculs arithmomaniacques, d'accumulations linéaires hermétiques, semblaient nettement stéréotypés. Mais sur le verso des mêmes feuilles, la large fantaisie de certaines illustrations, le réalisme naïf de certaines autres révélaient la persistance d'une initiative créatrice vivace.

Bien que l'emprise morbide soit, chez les hallucinés paranoïdes, parfois très profonde, elle demeure longtemps élective et cette électivité constitue peut-être le trait le plus frappant de leur sémiologie.

CHAPITRE III

FACTEURS ETIOLOGIQUES ET ANOMALIES DU TERRAIN

Nous avons réservé jusqu'ici la question étiologique en choisissant pour exemples de démence précoce paranoïde ou de psychose hallucinatoire à forme paranoïde, des cas dans lesquels aucun facteur toxi-infectieux ne s'imposait avec évidence, ni dans les antécédents, ni dans la sémiologie. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi. Dans les hôpitaux psychiatriques, nous sommes malheureusement trop souvent dépourvus de renseignements précis sur le passé des malades, et de plus les états paranoïdes se présentent souvent comme des séquelles déjà lointaines de l'épisode initial, et de toutes façons ils revêtent un aspect sémiologique qui rend difficile de retrouver les traces du processus premier.

En dépit de ces difficultés, il est des cas dont l'étiologie se montre certaine; dans d'autres, un ou plusieurs facteurs toxi-infectieux sont contemporains du début ou évoluent parallèlement au trouble mental : il s'agit alors de discuter leur rôle.

Enfin, tous les auteurs s'accordent pour relever,

chez les sujets atteints d'états paranoïdes, la grande fréquence des antécédents familiaux psychopathiques. Toutes nos observations, dans lesquelles les renseignements ont pu être obtenus, confirment ce point de vue; nous aurons à en discuter la signification.

A. — LES FACTEURS TOXI-INFECTIEUX

I. ETATS PARANOÏDES D'ORIGINE PUERPÉRALE.

De tous les facteurs étiologiques en cause dans la genèse des états paranoïdes, le plus fréquent et le mieux établi réside certainement dans la puerpéralité. Tous les auteurs, qui, depuis ESQUIROL, ont étudié les psychoses puerpérales ont d'ailleurs insisté sur l'importance du terrain à l'origine de leur évolution délirante chronique. Nous rappelons à ce sujet la thèse récente de SIVADON. Pour lui il existe deux catégories de psychoses post-puerpérales. 1°) « les psychoses puerpérales symptomatiques, qui ne sont qu'une manifestation occasionnelle d'une constitution mentale pathologique et le résultat d'un état de déséquilibre antérieur ». 2°) celles qui surviennent sur terrain apparemment sain. Dans ses conclusions, SIVADON insiste sur le rôle de l'hérédité dans l'éclosion de ces psychoses : dans un certain nombre de cas il existe une hérédité psychopathique et une prédisposition héréditaire ou acquise.

Enfin, les chocs affectifs pendant la grossesse, l'in-

toxication gravidique et les phénomènes infectieux jouent également un rôle dans la genèse de ces psychoses puerpérales.

Tandis que dans l'ensemble, selon NAYRAC, GERNEZ et DUVAL les 3/4 des psychoses puerpérales guérissent, celles qu'on observe dans les Asiles évoluent souvent vers la démence ou la psychose paranoïdes. L'évolution peut se faire soit par poussées aiguës, soit directement vers la chronicité.

OBSERVATION N° 12.

Hérédité psychopathique. Enfance déjà anormale. Dix jours après un accouchement normal à terme, début brusque d'une psychose puerpérale, avec onirisme hallucinatoire. Séquelles paranoïdes. Délire décousu à thème érotique. Automatisme mental et syndrome d'influence. Subexcitation permanente. Très grande activité utilitaire.

DHE., bonne à tout faire, née en 1904.

A. H. : 1 sœur internée à l'asile de Cambrai.

1 autre sœur s'est suicidée par étouffement à l'aide d'un mouchoir.

Parents morts prématurément.

A. P. : 1 fausse-couche spontanée.

Enfance déjà mouvementée. Habitant le nord de la France en 1914 et fut évacuée dans la région parisienne. Perd ses parents à la même époque. Elle est élevée dans un couvent et y reste jusqu'à l'âge de 18 ans. A sa sortie, elle se place comme bonne à tout faire, mais vers l'âge de 20 ans, elle préfère se livrer à la prostitution. A 23 ans, elle fait la connaissance de son mari et reprend son métier de bonne. Elle trompe d'ailleurs son mari et mène une vie assez légère.

Elle aurait été à 18 ans 1/2, victime d'un viol dont elle raconte tous les détails, mais son histoire paraît peu vraisemblable. Elle a des démêlés avec les tribunaux pour vols de linge chez ses patrons dans la période qui précède l'internement.

Histoire de la maladie : Début brusque 10 jours après un accouchement normal en juin 1936 : hallucinations auditives et visuelles, troubles cénesthésiques.

Réactions violentes. Elle menace de tuer son mari. C'est alors que ses parents décident de la placer à l'Asile.

Certificats, D^r GUIRAUD, 8 août 1936 : Est atteinte de psychose puerpérale. Début par un état onirique à teinte funèbre. Hallucinations visuelles et auditives. Etat mélancolique avec idées d'auto-accusation.

D^r VIÉ : 24 janvier 1939 : « Est atteinte de psychose puerpérale. Séquelles paranoïdes, propos délirants décousus, automatisme mental. On lui fait constamment des reproches relatifs à sa vie sexuelle. Conservation de certains actes, coud très bien ».

Examen de février 1940 : Excitation psychique et motrice. Irritabilité, agressivité, grossièretés continuelles. Verbiage inconsistent. Propos décousus et incohérents. Hallucinations auditives : « Vous avez fait venir vos voix chez moi; on fait des saloperies sur ma tête. Ces voix, je ne sais qui les fait... il y en a une ribanbaine. C'est une bande qui me suit depuis longtemps, qui se met dans mes jambes. Parfois ils se moquent de moi... j'entends leur fou rire effronté. Ils s'attaquent à ma vie passée : on me reproche d'avoir fait la poule, d'être prétentieuse, jalouse, de mieux faire l'amour que les autres. Quand elles y vont un peu fort, je réponds et c'est tout naturel ».

Echo de la pensée et syndrome d'influence : « Tout ce que je pense, on le sait dans cette pièce, c'est la nature de tout le monde. Partout on répète que j'ai trompé mon mari. On agit sur mon cerveau et sur mon corps ».

Explique par ces phénomènes d'influence la plupart de ses actes répréhensibles : si elle a volé quelques objets sans valeur chez ses patrons, c'est qu'on lui en avait donné l'idée :

« Quand on vous en donne l'idée, on est naturellement poussé à le faire ».

C'est une femme qu'elle a connue qui lui fait faire le trottoir... Anne-Marie Raimbault, dit-elle.

Interprétations, déformation de souvenirs : Il y avait une femme avec un panier qui la suivait depuis longtemps et qui a provoqué son internement.

Ses parents morts pendant la guerre ont été assassinés mystérieusement. « On veut lui mettre la guerre sur le dos... et la faire brûler, et pourtant c'est les journalistes qui en sont responsables. Ils doivent bien rigoler et se moquer d'elle ».

Pendant la dernière guerre, « fut accusée, dit-elle, de faire de l'espionnage ». D'ailleurs elle rencontre encore des espions partout. « Cette femme qui vient (montre une infirmière) c'est une espionne ».

Négation du décès de son mari survenu au début de son internement : « c'est des idiots qui ont dit ça, son beau-père a inventé cette histoire par jalousie ».

Fonds de débilité : Incapacité de résoudre une multiplication : $5 \times 6 = 36$.

Mémoire et orientation excellentes.

Connait par leurs noms toutes les personnes de son entourage.

Reste extrêmement active : S'occupe aux travaux du ménage et à des travaux de couture minutieux.

Affectivité bien conservée : elle parle de son enfant en termes émus; reçoit bien la visite de ses beaux-parents, manifeste le désir de sortir pour élever son fils.

Subexcitation : Réponses bruyantes aux hallucinations; quelques gestes violents.

Examen physique : Rien à signaler. Règles normales et régulières. B.-W. négatif dans le sang.

Cette observation nous montre l'éclosion d'une psychose puerpérale chez une malade tarée, déséquilibrée, d'un niveau mental inférieur à la moyenne, avec hérédité psychopathique; une de ses sœurs s'est

suicidée, une autre a été internée. Les troubles mentaux ont été précédés d'une longue phase de déséquilibre, cette malade s'est prostituée pendant plusieurs années, a continué à mener une vie irrégulière ensuite, a fait l'objet d'expertises médico-légales pour vol.

La psychose puerpérale s'est déclarée brusquement 10 jours après un accouchement normal à terme. Le début a été marqué par un état mélancolique avec onirisme.

Les séquelles actuelles sont importantes et consistent en conceptions délirantes décousues avec sentiment d'influence et hallucinations. L'élément érotique joue chez elle un rôle de premier plan. Contrastant avec l'incohérence des propos et les troubles du comportement, avec l'état de subexcitation de la malade, l'activité utilitaire est par contre bien conservée.

OBSERVATION N° 13.

Psychose puerpérale. Apparition des premiers troubles en 1936, après un épisode fébrile, pendant le sevrage de son 2^e enfant. Séquelles importantes : idées délirantes et surtout troubles cénesthésiques. Episodes dépressifs. Conscience partielle de l'état morbide. Incohérence marquée du langage et des écrits. Activité non suivie.

TOUL... Gabrielle, née le 31 mai 1904, 36 ans. Entre à Maison-Blanche pour la 3^e fois en 1938.

A. P. : Avortement spontané de 4 mois 1/2 en 1923.

2 enfants de 5 et 11 ans.

Caractère toujours jaloux et acariâtre, d'après les dires de la famille.

Accentuation des troubles du caractère en 1936. A cette époque, se situe un épisode fébrile qui coïncide avec le sevrage de son second enfant.

Premier internement en 1936 : guérison partielle.

En 1937, une tentative de pendaison rend nécessaire son 2^e internement.

Enfin, le 3^e internement d'octobre 1938 est motivé par un accès dépressif avec idées de suicide et refus d'aliments.

Certificats, Dr FORTINEAU, Octobre 1938 : Est atteinte de psychose paranoïde probable, consécutive à un accouchement, évoluant depuis 1936. Vagues idées de persécution. Interprétations morbides. Dépression actuelle. Pleurs, conscience partielle de sa situation.

Dr CHATAGNON, 13 octobre 1938 : « Présente un état schizophrénique, séquelle de psychose puerpérale, caractérisé par des idées imprécises de persécution : on l'empêche de trouver du travail parce que la T. S. F. la fait remarquer de tout le monde. Attitudes discordantes. Imprécision des réponses avec persévération. Conscience de sa situation ».

Depuis Octobre 1938, la maladie évolue, des périodes de dépression durant de un à plusieurs mois surviennent.

Examen du 7 février 1940 : *Stéréotypies* d'attitude. Inquiétude : regarde autour d'elle d'un air effaré, se retourne pour voir ce qui se passe derrière elle, pleure.

Réponses imprécises, inadaptées, semblant davantage en rapport avec ses propres pensées qu'avec les questions posées.

Opposition et négativisme : « je ne sais pas; laissez-moi tranquille, je ne veux pas vous répondre ».

« Je suis assermentée chez le Dr TOULOUSE à l'hôpital Ste-Anne, c'est pour un procès, c'est la T. S. F. à l'hôpital Ste-Anne ».

Mon divorce ? « Je ne sais pas, je ne suis pas au courant. Mon mari ne veut pas me reprendre; il faut que je sorte quand même, il vaudrait mieux que je retourne avec mon mari ».

« J'ai été sacrifiée à ma naissance parce que mon nom a

été pris pour la T. S. F. C'est Lumière à Lyon. Tout le monde disait : c'est Gabrielle T. Je suis une femme touchée. C'est eux qui ont fait ma destinée, j'ai perdu la mémoire à 20 ans ».

Troubles cénesthésiques avec paroxysmes pénibles. Elle écrit à l'une de ses parentes « qu'elle passe par un régime électrique ». On lui électrise les organes génitaux et le rectum. Son lit est également électrisé, elle refuse de s'y coucher, demande constamment à être changée de dortoir. Se met les doigts dans le vagin et le rectum pour se protéger, les bourre de mie de pain. Mouille sa chemise, ses vêtements et les applique contre ses organes génitaux. Probablement des hallucinations auditives, « mais elle ne fait pas attention à ces insultes, elle n'y répond pas ».

Les troubles cénesthésiques s'exagèrent à certains moments et entraînent des paroxysmes anxieux, avec pleurs, lamentations, cessation de toute activité.

Conscience de sa situation qui crée chez elle un état d'inquiétude et de dépression pénibles : « Je n'ai pas mérité d'être malheureuse comme cela, je suis à l'hôpital sans nouvelles; j'ai un enfant qui a 5 ans que je ne connais même pas ».

Ecrits : appels à sa famille et à son mari pour la protéger contre les tortures qu'elle endure :

A son mari : « Mon cher Charles. Ces deux mots pour te dire que je vais très mal, je crois que c'est la péritonite car je ne vais plus à la selle depuis bien un mois, il faudrait que je sois au dortoir soignée ou transférée à Ste-Anne immédiatement, c'est affreux ce qu'on me fait souffrir. Viens immédiatement trouver le Docteur, fais-le pour mes enfants s'il te plaît, pour René et pour mon petit Jean-Pierre, s'il te plaît, cher Charles aimé, viens au plus vite, demain matin, mon cas est désespéré, viens pour mes enfants, fais-le pour eux, je suis gravement atteinte et il faudrait qu'on me change de dortoir. Excuse mon écriture, je ne peux pas mieux faire, je n'ai pas de timbre. Ta femme qui t'aime beaucoup; embrasse bien mes petits pour moi et meilleures caresses à toi. Ta femme qui t'aime beaucoup. Gaby ».

Orientation : elle a perdu la notion du temps, « elle ne fait plus attention aux dates, cela ne sert plus à rien ». Dans l'espace, l'orientation est bien conservée. Ne sait pas son âge.

Niveau intellectuel : fond de débilité mentionné sur l'un des certificats d'entrée. Elle est incapable de résoudre des multiplications. Paresse intellectuelle : « elle n'a plus besoin de compter, ni de penser, cela ne sert plus à rien, si elle sort elle ne vivra plus à ses frais ».

Assez active : travaux de tricot, de couture bien exécutés; tricote souvent pour ses enfants. Pendant les paroxysmes hallucinatoires : activité nulle. Sa seule occupation consiste alors à échapper aux troubles cénesthésiques. Connaît bien le personnel, les médecins. Abandonnée par sa famille, lui écrit cependant régulièrement.

A noter qu'une série de cardiazol faite en août 1939 n'a modifié en rien l'état mental de notre malade : le traitement a même déclenché un accès dépressif de longue durée et les injections de cardiazol furent toujours accompagnées d'une sensation d'angoisse pénible : tentatives de défenestration pour y échapper.

Examen physique :

Appareil cardio-vasculaire : T. A. : 13-9.

Règles normales et régulières.

Urée : 0,40 ‰.

Réactions sérologiques négatives dans le sang.

Les troubles mentaux débutent ici plusieurs mois après l'accouchement. Notons que la malade a eu une grossesse antérieure qui n'avait été suivie d'aucun trouble.

L'incohérence de la pensée, la dissociation profonde de la personnalité, les troubles cénesthésiques intenses répondent au tableau de la psychose paranoïde. Mais il revêt ici une allure un peu particulière, en raison du caractère pénible des troubles

et des paroxysmes anxieux épisodiques qu'ils entraînent.

Au caractère pénible des troubles s'ajoute chez cette malade une conscience de l'état morbide qui exagère l'anxiété. Ce sentiment de l'état pathologique garde un caractère très vague et n'entraîne aucune rectification.

Notons aussi la paresse intellectuelle, le désintérêt du réel, les troubles de l'orientation.

L'affectivité est ici relativement conservée ainsi que l'activité utilitaire.

OBSERVATION N° 14.

Psychose puerpérale. Début en mai 1938, deux jours après un accouchement normal par un état dépressif atypique, avec discordance. Evolution par poussées, vers un état paranoïde. Thèmes délirants incohérents avec mégalomanie et puérilisme. Idées de grossesse. Troubles du langage. Maniérisme. Inaffectivité. Activité réduite.

Mme VERC... C..., 34 ans.

A. P. : Réglée à 13 ans.

Accouchement en mai 1938. Enfant bien portant.

Histoire de la maladie :

I. 1^{er} internement du 10 au 22 juin 1938.

Certificat, Dr PICHARD, 10 juin 1938 : « Etat discordant post-puerpéral. Accouchement normal le 13 mai. Syndrome hallucinatoire flou. Elle entend dire qu'elle est perdue, que sa mère est morte, que son mari veut divorcer. Aspect discordant, troubles du cours de la pensée, indifférence coupée de phases anxieuses. Idées de suicide floues. Protestations et velleités de fugues ».

Ralentissement idéique, inquiétude, idées de culpabilité.

Onirisme : « elle voit des petites bêtes sur sa table de nuit, elle a vu une hirondelle dans la salle de bains ».

Hallucinations auditives : elle entend dire que sa mère est morte. Sortie améliorée après 12 jours d'hospitalisation.

II. Reprise très rapide des troubles et nouvel internement le 9 juillet 1938 : l'évolution vers un état de discordance schizophrénique se confirme, mais s'atténue assez rapidement.

D^r VIÉ, 11 juillet 1938 : « Est atteinte de psychose puerpérale. Reprise par son mari le 22 juin 1938 dans un état dépressif simple, présente actuellement quelques signes de discordance, asthénie, inquiétude, lenteur de la pensée. Inquiétude, tristesse. Indifférence vis-à-vis de son mari qu'elle rend responsable de son internement et qu'elle accuse de la séparer de sa mère ».

III. *Internement* depuis le 7 octobre 1939.

3^e *internement* depuis le 7 octobre 1939.

« Est atteinte de psychose puerpérale, évolution paranoïde : délire peu cohérent à thèmes de persécution avec ton inadéquat, sourires discordants, vocabulaire mégalomane, indifférence à l'égard de son enfant, humeur gaie (D^r VIÉ) ».

Examen du 15 février 1940 : Ton condescendant. Maniérisme puéril. Sourires inadéquats. Euphorie.

Parle de son accouchement en ces termes : « J'étais St-Gister de la cour du haut forceps sur roues... on m'a baignée et endormie, puis on m'a mis 4 agrafes qui furent retirées avec une pince d'argent. Deux jours après je suis transportée à Ste-Anne du côté monacal... il y avait des tapis, mais je ne suis pas descendue au salon parce que je n'avais pas de peignoir bleu ».

Propos mégalomaniaques incohérents : « Je suis l'unique du toi et l'élite du mille, mon identité change pour beaucoup de choses. Je suis Mme l'élue de Paris incognito, j'étais Ciboulette, Ste Odile, la femme à noms et à chiffres, la petite dame Blanche, c'est moi ». Roman délirant imaginatif : « Le jour que M. le prince de Galles est venu à Lille, il portait un pli pour moi, mais il ne m'a rien remis. Je devais porter une

couronne d'or avec le rubis, mais j'ai refusé. J'étais sacrée déesse Bouddha — déesse ou divinité, divinité ou déesse. J'avais 8 millions dans le sac qu'on m'a pris quand je partais pour l'Amérique. J'avais un éléphant qui valait 3 millions. J'ai un gros secret que je garde pour moi, un secret d'état ».

Idées de grossesse : Nie ses règles : « Je me déclare grossesse évidente, je crois que je suis enceinte. D'après la nouvelle loi on ne peut garder ici plus de 4 mois une femme grossesse évidente. Je vous dis... que l'arrêt diplomate... ».

Elle a été victime d'une substitution d'enfant. A son enfant, on a substitué un enfant assisté : « Il y a deux enfants dans l'histoire, Jean-Marie et Jean-Charles, le second pourrait bien être un enfant adultérin ».

Baisse très sensible de l'affectivité. Se désintéresse de son enfant qu'elle a laissé avec sa gouvernante. Elle a fait le sacrifice de le placer et ne plus le revoir. « Mon mari n'est pas pour moi, il a eu 2 à l'examen... il a toujours été pour une étrangère... vous la connaissez trop... c'est l'autre qui a plus de droits que moi... ».

Propos d'ordre érotique : « Elle est femme nue et Patriennne. On lui fait prendre des bains pour la photographier.

Orientation bonne dans le temps, mais ne sait pas le nom de l'Asile : « C'est une maison fermée, une maison de faute ou un pénitencier. Elle fut envoyée ici pour un sourire et un salut poli. Elle demande la feuille rouge de sortie... « mention bien ou gradée »...

Connait cependant les infirmières par leur nom, les autres malades. Tenue très légèrement négligée, mais reste propre dans l'ensemble et coquette : Possède quelques objets (sac, objets de toilette) qu'elle apporte avec elle à l'interrogatoire et auxquels elle attribue une valeur énorme.

Paresse : resterait volontiers couchée si on ne la forçait à se lever. Se fait porter pour aller à table. Mange très lentement et seulement si on la surveille.

A l'atelier de couture où elle a été envoyée, travaille très peu : ne fait que quelques raccommodages de bas.

Parle seule de temps en temps.

Examen physique :

Bon état général.

Examen des divers appareils : normal.

T. A. : 12 1/2-8 au Vaquez.

Règles irrégulières : durée 4 jours.

Examens biologiques :

Urine : albumine, sucre, acétone : néant.

Urée sanguine : 0 gr. 40 par litre (20-7-39) et 0 gr. 30 (10-10-39).

Les cas précédents pouvaient rentrer dans le cadre des psychoses paranoïdes : l'affectivité, l'activité étaient bien conservées. Il s'agit ici d'une démence paranoïde post-puerpérale. Les troubles suivent de près un accouchement normal et évoluent rapidement. Dès les premiers jours, la discordance schizophrénique, les troubles du cours de la pensée apparaissent chez cette malade, noyés dans un syndrome mélancolique. Au bout de 2 mois environ, l'évolution paranoïde est évidente. La pensée est ici très perturbée, l'incohérence verbale très marquée. Des idées de grandeur absurdes corsent le tableau clinique. Notons aussi l'existence d'idées de grossesse stéréotypées. La baisse sensible de l'affectivité, la paresse, l'inactivité, peuvent orienter vers le diagnostic de démence paranoïde.

Ce cas pourrait rentrer dans le cadre des démences paranoïdes graves de KRAEPELIN. Le lien étiologique certain dans ces trois cas montre bien que les états paranoïdes ne représentent qu'un syndrome, mais dans les deux cas où l'hérédité est connue, elle révèle des tares importantes que l'on retrouve dans les cas voisins répondant à des causalités diverses.

II. ETATS PARANOÏDES ET SYPHILIS.

Une distinction s'impose d'emblée : celle de la paralysie générale et de la syphilis coexistant simplement avec une maladie mentale.

Etats paranoïdes au cours de la paralysie générale.

L'existence de formes paranoïdes au cours de la paralysie générale n'est pas de découverte récente. JOFFROY et MIGNOT en 1909, classaient parmi les symptômes psychiques de deuxième ordre de la paralysie générale, les délires avec idées d'obstruction, de grossesse, de possession, de micromanie et de macromanie, de persécution. En 1914, Mlle PASCAL, à propos d'un cas, décrivait la forme paranoïde de la paralysie générale. Mlle SERIN, en 1926, y a consacré sa thèse, PLAUT les a décrites en Allemagne; MARCHAND insiste sur la lente évolution de ces formes, qui perdent le caractère de progressivité et dans lesquelles « le trépied syndromique mental, neurologique et humoral ne se présente pas au complet ».

La pratique de la malariathérapie a multiplié, d'une façon incontestable, ces formes paranoïdes et GERSTMANN, en 1925, en a signalé un type hallucinatoire, paranoïde et catatoniforme. VERMEYLEN et VERVAECKE depuis 1928, LEROY et MÉDAKOWITCH, Auguste MARIE, CLAUDE et COSTE y ont consacré des travaux. VIÉ et CARON ont suivi pas à pas l'apparition d'un délire hallucinatoire persécutif et fantastique chez un

paralytique impaludé. Nous en rapportons ici un nouveau cas.

OBSERVATION N° 15.

Syndrome paranoïde fixé chez une paralytique générale impaludée : affaiblissement psychique global, hallucinations psychomotrices, idées d'influence, de négation et de possession corporelles; ambivalence, antagonisme hallucinatoire. Euphorie, idées de richesses. Incohérence foncière de la pensée.

DOCH... Paule, Amélie, née le 5 août 1891, sans profession, entrée à Maison-Blanche en 1936 à l'âge de 45 ans.

Antécédents totalement inconnus. Aucun renseignement sur le début et l'évolution de la maladie, ainsi que sur les traitements antérieurs de la syphilis; un fils de 25 ans bien portant.

Certificats, Dr CROUZON : Septembre 1936, « présente une méningo-encéphalite spécifique avec troubles mentaux consistant en troubles de la mémoire, désorientation dans le temps et dans l'espace. Mme WURTZ l'injurie, la condamne à mort, lui vole ses meubles. On lui a volé son estomac, son cerveau, ses gencives, coupé les doigts, enlevé les os du pied. Quelques idées de grandeur (est baronne). Peu de dysarthrie. A fait une tentative de suicide (pendaison) en mai 1936. La ponction lombaire du 2 mars 1936 donnait : Liquide clair alb. : 0,40, 3 leuco., B. W. +; benjoin, flocculation dans les 8 premiers tubes. Signe d'Argyll Robertson. Réflexes tendinaux vifs. Malarisée le 27 juin 1936 après une série de stovarsol. Très légère amélioration ».

Dr GENIL-PERRIN, 13 septembre 1936. « Syndrome paranoïde avec idées d'influence et de persécution. Troubles psychosensoriels et cénesthésiques chez une P. G. impaludée ».

Les notes prises sur cette malade entre 1936 correspon-

dent exactement à son état actuel qui semble fixé depuis le début de la maladie.

Hallucinations psychiques incessantes : Monologues à voix basse. Fait parfois le geste d'écarter des interlocuteurs invisibles. Sourire euphorique.

Attention difficile à fixer : trop préoccupée par ses hallucinations psychiques, consent rarement à répondre.

Délire difficilement pénétrable, propos peu cohérents.

Syndrome d'influence : « Je voudrais qu'on me laisse tranquille. Ce sont de véritables espions. Je marche sur la pointe des pieds car on m'empêche de marcher. Un comptable de l'état nous suit depuis notre naissance... même dans notre chambre, c'est infernal ce qui se passe. On nous empêche de prendre nos repas et même de faire ce que l'on doit faire. Nous savons qui, mais nous ne voulons pas vous le dire : leur volonté est de nous protéger, ils sont gentils mais aussi très méchants. Un homme et une femme parlent par ma bouche ».

« Ils sont furieux parce que je parle d'eux » (rire).

Idées de négation et de possession corporelle : « Cette femme, elle s'est installée dans ma maison et dans mon corps, elle m'a pris mon cerveau. Je suis moi-même, mais je n'ai plus de cerveau. Je n'ai plus rien dans le corps mais j'ai des personnes dans tout le corps.

C'est à cause d'une femme qu'on nous avait transformé notre estomac. Je suis très sale, mes poitrines ne sont pas à moi. On me tue très souvent et j'ai passé les 3/4 de ma vie complètement liquide, je ressuscite de temps en temps.

J'ai demandé l'autorisation de changer de voix et de visage pour qu'on me laisse tranquille. On nous empoisonne Madame puis immédiatement après « au contraire Madame ».

Plusieurs personnes dans sa tête lui déforment le visage et le corps, lui mettent des saletés dans la bouche, et pour les rejeter, en 1936, elle crachait continuellement.

Enormité des chiffres cités : Son corps est habité par plusieurs milliards de personnes.

« J'ai donné 3 milliards de francs aux personnes qui s'occupent de moi... ces 3 milliards je les ai gagnés à la loterie »..

Se reprend immédiatement « Mais véritablement nous n'avons pas un sou, vous savez ».

Juxtaposition d'identités délirantes et réelles :

« Je suis baronne, je suis reine, tout ce que vous voulez (à voix basse). Mais mon vrai nom c'est Paule » (à voix haute).

Désorientation : Je suis au château de Chelles. Ce n'est heureusement pas Maison-Blanche. Mon pays n'avait pas de nom, malheureusement on lui en a donné un. Ici « on nous a déclaré France, je suis Française ». Elle ne peut nous donner ni son âge, ni sa date de naissance. L'affectivité est très bien conservée. S'intéresse à son fils. En parle en pleurant. Est très au courant de ses études et de sa vie actuelle aux armées.

Ignore le personnel. Reçoit bien sa belle-fille pour qui elle semble avoir beaucoup d'affection. Mais pendant les visites, continue à discuter avec ses persécuteurs.

Elle ne connaît personne dans le service. L'interne « Sa toute petite fille, je suis votre maman chérie ».

Aucune activité. Reste assise sur son lit et soliloque à voix basse. Ne prend aucun soin de toilette, mange malproprement.

Examen somatique : Système nerveux :

Pupilles D>G, déformées.

Abolition des réflexes photo-moteurs.

Réflexes tendineux vifs.

Absence de dysarthrie et de tremblement.

Cœur : T. A. : 10-5 au Vaguez.

Bien réglée.

Examens biologiques :

Dans le sang, le B.-W. + au début de l'internement s'est négativé, mais le Meinicke est resté positif.

Les réactions se sont également modifiées dans le L. C. R. : examen du 13 mars 1940 : alb. 0,20, Leuco. 0,4, Benjoin 00020.02210.00000.

Meinicke et B.-W. négatifs. Pandy et Weichbrodt 0.

Urines : albuminurie intermittente.

Intolérance absolue à tous les traitements bismuthiques et

aux arsenicaux pentavalents (stomatite, éruptions, albuminurie). Seul le cyanure de mercure est bien supporté. Mais des séries répétées et régulières n'ont amené aucune amélioration de l'état mental.

Cette observation résume l'histoire d'une paralytique générale avérée chez qui s'est développé et fixé un syndrome paranoïde depuis au moins quatre ans. Nous n'avons pu malheureusement remonter plus loin dans son passé ni préciser ses antécédents. Les troubles mentaux qui nécessitèrent l'internement ont revêtu chez elle l'allure d'un syndrome paranoïde banal, peu habituel chez les paralytiques généraux. Les signes physiques : réflexes, signes d'Argyll Robertson et les résultats de la ponction lombaire ont permis cependant d'établir dès le début de la maladie qu'il s'agissait d'une paralysie générale avec troubles mentaux atypiques. Le syndrome est fixé à peu près invariablement depuis 1936. Seul le comportement de la malade a subi des variations. Les troubles de la cénesthésie corporelle sont, chez elle les plus marquants et s'accompagnent de sentiment de transformation corporelle, d'idées de possession et de négation d'organes. Les idées de possession sont la source d'hallucinations psychomotrices incessantes.

Notons l'ambivalence et la discordance euphorique de cette malade : tantôt elle parle de ses persécuteurs comme d'êtres malfaisants, tantôt au contraire elle leur attribue des intentions louables. L'ambivalence se retrouve dans presque tous ses propos. Quels

sont les troubles qui pourraient, chez elle, orienter vers le diagnostic de paralysie générale ?

Tout d'abord son comportement, son état d'euphorie, l'énormité des chiffres qu'elle cite : son corps est habité par trois milliards de personnes. Enfin il existe des idées de grandeur et de richesse absurdes.

L'affaiblissement psychique est assez accusé. L'examen neurologique ne nous révèle chez elle ni dysarthrie, ni tremblement. Notons enfin que le traitement anti-syphilitique n'a été suivi d'aucune amélioration.

Etats paranoïdes survenant chez des syphilitiques.

Un second groupe de faits répond au tableau paranoïde apparaissant au cours de la syphilis nerveuse, en dehors de la paralysie générale. La causalité demeure évidente dans les psychoses paranoïdes des tabétiques, qui constituent d'après ARSIMOLES et HALBERSTADT, la formule la plus fréquemment notée chez eux. De même dans les formes paranoïdes de la syphilis tertiaire, étudiées surtout depuis WESTPHAL (1907), par les élèves de KRAEPELIN, et notamment par PLAUT : elles se différencient des types paranoïdes purs par une atteinte moins profonde de la personnalité, en dépit de l'intensité hallucinatoire, les idées délirantes sont pauvres et évoluent sur un fonds démentiel ; les signes neurologiques et humoraux sont ceux de la syphilis cérébrale.

OBSERVATION N° 16.

Psychose paranoïde. Caractère anormal. Vie aventureuse. Début en 1939 après une longue phase de déséquilibre. Délire de persécution diffus, hallucinations auditives et olfactives. Illusions de fausses reconnaissances. Sentiment d'étrangeté, imprécision de la pensée, discordance. Légère obnubilation et diminution de l'affectivité. Activité utilitaire très limitée, syphilis en évolution.

SCH... Marcelle, 27 ans, née le 9 décembre 1912, lingère en chômage. Entrée le 13/12/39.

A. H. : Père buveur, gazé de guerre, mort à 55 ans.
Mère bien portante.

A. C. : Deux frères et deux demi-frères bien portants.

A. P. : Maladies de l'enfance. Blennorragie à 17 ans. Diphtérie à 25 ans. Chancre syphilitique à 25 ans : la syphilis aurait été traitée, d'après les dires de la malade.

Deux enfants : une fillette de 8 ans (accouchement au forceps).

Un garçon aldutérin de 5 ans (accouchement normal).

Enfance : Caractère nonchalant; indisciplinée, n'admettait aucune réprimande de ses parents. Mauvaise élève à l'école, pas de certificat d'études. Manifeste dès l'adolescence des goûts bien au-dessus de sa condition sociale : choque ses parents par son attitude hautaine, son dédain pour les milieux ouvriers.

Longue période de déséquilibre avant l'internement. Mariée en 1931 à 19 ans, elle se sépare de son mari en 1932, Fréquente des amis de passage et accouche en 1935 à l'insu de ses parents d'un enfant qu'elle abandonne à l'assistance publique.

Aurait fait à cette époque un accès dépressif avec tentative de suicide.

Travaille irrégulièrement comme lingère et femme de chambre, se fait fréquemment héberger par ses parents, parce qu'elle se trouve sans place.

En septembre 1939, les troubles s'accroissent : depuis la mobilisation elle est sans travail et vit chez ses parents; son caractère se modifie, elle s'emporte facilement, des idées de persécution apparaissent, elle tient des propos incohérents qui déterminent une violente dispute avec son plus jeune frère — elle quitte alors sa famille pour se réfugier à l'Armée du Salut d'où elle est dirigée à l'Hôpital Henri Rousselle.

Certificat du 14-12-39, D^r VIÉ.

- « Présente un état de dépression atypique avec obnubilation intellectuelle, inquiétude, imprécision de la pensée, constatation de ressemblances, automatisme mental, hallucinations auditives et olfactives; idées délirantes diffuses, « persécution générale ». Cauchemars, insomnies. Constipation. Récit d'une vie antérieure très aventureuse. Reconnaît avoir eu un chancre il y a 2 ans. »

Certificat du 27 décembre 1939 : « Psychose paranoïde avec délire diffus « C'est une comédie que l'on joue autour d'elle. » Obnubilation légère. Absorbée dans ses préoccupations délirantes. Calme. Réaction de B. W. positive dans le sang. » D^r VIÉ.

Notes prises le 13 décembre 1939 :

« C'est une persécution générale. Je suis persécutée partout, même ici, par des personnes qui ressemblent à quelqu'un qui m'a été antipathique. J'ai menti et l'on se venge, mais ce n'est pas une raison. Tout a commencé à Epinal il y a 2 ans. »

Hallucinations diverses : auditives, olfactives. Syndrome d'influence. Cauchemars. Insomnies. Débit monotone. Récit incohérent. Obnubilation légère.

Examen du 15 avril 1940 :

Se présente avec aisance. Maniérisme. Discordance : parle de ses ennuis avec un sourire épanoui. Légère obnubilation. Tendance à la rêverie. Imprécision de la pensée.

Exprime les mêmes idées de persécution : « C'est une histoire tout à fait personnelle que je n'ai pas le droit d'exprimer. La mobilisation générale m'avait beaucoup frappée, je ne sais même plus pourquoi, avouez que c'était contraignant, c'est peu de chose pour certaines personnes et pour moi c'est grave » (sourire).

« Je rencontrais toujours des gens que je voulais éviter, j'étais suivie partout... Quand ce n'était pas par eux, c'était par des personnes qui leur ressemblaient. Nous avons tous des sosies, vous comme moi, j'ai des sosies dans toutes les villes de France, je les ai vus, j'ai passé pour elles. On s'intéresse trop, trop à moi... même quand on fait semblant de ne pas s'y intéresser, c'est une feinte, c'est certainement ma folie, ma maladie. J'ai compris cette comédie, il faut annuler tout, je me sens par moments égarée, perdue par la fatigue. »

Toute cette comédie lui semble étrange, mystérieuse, les persécuteurs jouent également le rôle de protecteurs. « J'étais persécutée par plusieurs personnes qui me rassuraient, ça dépend du lieu où j'étais. Quand je me trouvais dans une ville que je ne connaissais pas, cela me donnait confiance, je me disais : je ne suis pas seule, on s'intéresse à moi. Ici, la comédie continue, quand je suis entrée j'avais pourtant l'impression que je venais pour finir cette histoire ».

Hallucinations auditives : « Ce sont des voix plus ou moins agréables, maintenant quand je les entends, je me sauve — c'est-à-dire que je ne veux plus les entendre. C'était sans doute pour me guider. »

Hallucinations olfactives : « des odeurs de fumée de cigarette sur son passage. »

Prise de la pensée, syndrome d'influence : « On m'oblige à penser à ma vie passée... on me fait des farces, on me donnait l'impression d'être en Chine ou au Japon, ça me plaisait de faire des voyages. On devinait tout ce que je pensais, c'est vexant; parce que je voulais cacher mes pensées qui n'étaient pas toujours bienveillantes pour ceux qui

cherchaient à les deviner. Ils se révoitaient alors contre moi, c'est une petite vengeance. Que voulez-vous que ce soit d'autre. Cette comédie qui continue, elle finira par les personnes qui l'ont provoquée. »

Explications de ses troubles : « J'ai menti et l'on se venge. J'ai eu un enfant avec un autre que mon mari; j'ai eu peur qu'il ne me fasse espionner et qu'il le sache — ce doit être sa vengeance. J'ai l'impression parfois qu'on me prend pour une autre... ma mère me faisait des scènes ridicules, je n'ai jamais su pourquoi. »

Profonde indifférence affective : « Mon mari, je suis sans nouvelles de lui, je ne l'aimais pas et d'ailleurs je n'aimais personne. Il n'envisageait qu'une chose, c'est de me voir heureuse. Quand j'étais avec lui, je devenais malade, j'avais l'impression que l'on m'attirait au dehors, il fallait que je parte.

J'ai eu un ami pendant 6 ans, je n'en ai pas de nouvelles, je n'ai jamais cherché à le revoir. »

Elle a entendu dire que son enfant était mort « mais pour elle c'était plutôt agréable, le sachant mort elle avait la conscience plus tranquille. Autrement elle aurait eu quelques regrets de l'avoir abandonné. » Elle ne manifeste d'affection que pour sa fillette de 8 ans, dont elle ne s'occupe plus d'ailleurs depuis fort longtemps.

Rêveries d'ordre imaginaire : voyages imaginaires, retours sur ses aventures passées. Insomnies, cauchemars : elle rêve que des tigres sont couchés à côté d'elle, ils étaient beaux.

Niveau intellectuel : supérieur à la moyenne, malgré le peu d'aptitudes scolaires.

Orientation : imprécise dans le temps : donne comme date d'entrée le 14 janvier 1940, alors qu'elle est entrée le 14 décembre — ne sait pas la date exacte.

Souvenirs d'enfance assez précis, mémoire bonne.

Dans le service : paresse habituelle. Plaintes hypochondriques pour justifier cette paresse. Resterait au lit si on ne la forçait à se lever. Travaille très peu : travaux de tricot bien exécutés. Activité non suivie.

Soigneuse, coquette, propre.

Connaît le nom des infirmières. Bien adaptée.

Examen physique : Asthénie, céphalées tenaces.

Bon état général.

Système nerveux : pupilles égales, régulières; réflexes photomoteurs normaux; réflexes rotuliens, achilléens : normaux.

Aucun signe de spécificité nerveuse.

Appareil cardio-vasculaire : Bruits normaux.

T. A. : 10-7 au Vaquez.

Appareil génital : Réglée à 15 ans.

Règles irrégulières depuis 5 ans.

Examens biologiques :

Urines : sucre, albumine, acétone : néant.

Sang : Urée sanguine : 0 g. 25 par litre.

Réactions sérologiques dans le sang :

B. W. positif.

Meinicke : positif.

Kahn : fortement positif.

Liquide céphalo-rachidien : normal.

Nous assistons ici au début d'une psychose paranoïde chez une jeune femme syphilitique. L'accident initial remonte à deux ans, les réactions humorales sont restées positives dans le sang, il n'y a pas de signes de syphilis nerveuse. Le syndrome paranoïde s'est développé environ un an après l'accident initial, chez une malade déséquilibrée et prédisposée : depuis son enfance elle se montre instable, incapable d'activité suivie. Les troubles mentaux sont caractérisés par de vagues idées de persécution, une impression d'étrangeté, « de comédie » et un syndrome d'influence très flou. La pensée est imprécise, on observe chez cette malade une tendance très nette à la

rêverie et à l'autisme. Enfin l'affectivité, la volonté sont diminués. Le pronostic d'avenir doit être réservé.

Il ne faut pas, à notre avis, attribuer trop d'importance à la syphilis dans la génèse de troubles mentaux semblables : ceux-ci sont survenus sur un terrain tout préparé de déséquilibre et la syphilis n'a pu, au maximum, que jouer le rôle d'un facteur toxoinfectieux occasionnel pour accélérer l'évolution de troubles préexistants. Elle ne peut être considérée comme la cause profonde des troubles actuels, et l'on pourrait même se demander s'il ne s'agit pas ici, conformément à la théorie de KRAEPELIN d'une démence précoce de l'enfance qui présente un nouvel accès de formule paranoïde.

L'observation suivante pose un problème identique.

OBSERVATION N° 17.

Démence paranoïde. Hérité psychopathique. Hallucinations auditives avec écho des actes et de la pensée, troubles cénesthésiques divers, hallucinations olfactives, érotisme. Discordances. Troubles du langage. Inaffectivité. Syphilis ancienne traitée.

PH... Valentine, 44 ans, née le 17 novembre 1896, bonne à tout faire, entrée à Maison-Blanche le 16 février 1937.

A. H. : Son père s'est suicidé en 1913 à l'âge de 40 ans par immersion après avoir essayé de tuer sa femme et ses enfants. Buveur. Aurait essayé de la violer à l'âge de 13 ans.

A. C. : Un frère atteint de surdi-mutité a séjourné dans

les hôpitaux psychiatriques à Vaucluse et à Bicêtre. Deux sœurs normales.

A. P. : Réglée à 13 ans.

Syphilis contractée à 28 ans : chancre génital et roséole. Traitée régulièrement pendant six ans, au novar et au cyanure.

En 1936, au début de l'internement, épisode fébrile d'étiologie indéterminée, sans influence sur l'état mental.

Enfance : mauvaise élève, indisciplinée; plus tard, se montre aussi instable; giletière, puis bonne à tout faire, change fréquemment de place.

Internement motivé par des voies de faits sur deux passantes dans la rue.

Certificat D^r Logre : 4 février 1935 : « est atteinte d'autotisme mental, hallucinations multiples, interprétations morbides; idées délirantes de persécution, d'influence, et de grandeur. On l'a suggestionnée par les gaz, les odeurs de poudre de riz et dans ces conditions son cerveau se resserre, on fait des expériences sur elle. Transmission de pensée, mais elle aussi devine la pensée des autres; voix intérieures, dit-elle. Ses aliments sont empoisonnés. On lui trafique le corps et les organes génitaux à l'électricité. Elle est sainte, elle est l'élève de Dieu. Elle a en elle l'esprit saint qui lutte avec le mauvais esprit. Le persécuteur est un médium. C'est un souteneur qui veut la faire passer pour sa maîtresse. Délirerait depuis 1934, d'après ses dires. Ces troubles auraient commencé à l'occasion d'une menstruation et s'accroîtraient au moment des règles. Volubilité, irritabilité. Récriminations, pleurs; s'est précipitée sur 2 passantes qu'elle a griffées parce qu'elles disaient « c'est une folle, elle travaille du chapeau ». Désorientation. Syphilis à 28 ans d'après ses dires, syphilis par envoûtement, précise-t-elle. »

Examen actuel :

Maniérisme. Attitude puérile, (parfois elle joue à la poupée). Grimaces stéréotypées. Très légère dysarthrie spontanée.

Syndrome hallucinatoire persistant.

Hallucinations auditives : « On me fait des outrages de toutes sortes par la radiodiffusion. Il y a des voix autoritaires qui disent que ma mère n'est pas ma mère, que mon père était un sadique et a violé une petite fille de 12 ans 1/2. Elles me font sursauter. Il y aussi des voix douces qui m'endorment, principalement le soir. Quelquefois ce sont des voix d'hommes qui viennent de l'internat — l'internat c'est mes bourreaux et mes ennemis; autrefois, *hallucinations psychiques* : voix intérieures qui lui creusaient l'estomac et l'étouffaient, elles ont maintenant disparu.

Echo des actes, de la pensée : « Ma pensée est répétée et déformée. On me fait dire des choses que je ne voudrais pas dire, souhaiter ce que je ne voudrais pas souhaiter, c'est la transmission de pensée. Moi je suis folle, je suis excusable. »

Troubles cénesthésiques : « Mon cœur s'arrête, je le sens, à chaque instant ça craque dans mes poumons. Mon cerveau est vide, ça fait comme dans une tirelire qu'on remue quand il y a des sous. Je me cogne la boîte crânienne ».

« Dans mes organes génitaux, ce sont des douleurs comme si j'allais être indisposée. Je ressens les sensations des autres par un branchement de lit. On m'envoie de l'air chaud dans la bouche, j'étouffe et j'ai mal au nez. »

« Mon lit est infernal. Je subis de la hauteur comme j'étais en aéroplane. Sur le matin, on me touche aux tempes et j'ai des hémorragies intérieures. J'ai peur que ma vue ne se déclenche, ma colonne vertébrale saute. »

« On me rétrécit et on m'élargit mon canal urinaire, mon chancre se réveille. »

« C'est la chaise électrique. Un rat se ballade à distance et m'électrise, les muscles de mes jambes sont disloqués. »

Hallucinations olfactives : odeurs d'excréments venant du chauffage; autres odeurs provenant « d'un remous d'ombre » gaz d'éclairage qui lui fait enfler la figure... « le gazogène c'est les nuages. »

« Tout est dénaturé; la soupe a le goût de pétrole, le

lait a de l'aloès, le pain des excréments. » Tous ces outrages, ces humilités, il faut que je les subisse, c'est les médecins qui en sont responsables. » Lutte dans son esprit du démon et des saints : « Je suis le démon, des êtres comme moi sont des êtres de malédiction. Je suis une grande martyre et si je n'ai pas gagné le ciel, c'est qu'il n'y a pas de Dieu. » (sourires).

Discordance : Annonce avec un sourire énigmatique sur le même ton monotone : « Je suis trop malheureuse, je devrais me suicider, je fais des projets de tombe... Il faut que je meure au plus vite. »

Inaffectivité : « Elle supporte » la présence de sa famille le dimanche, mais c'est pénible « ce n'est pas que je les déteste positivement, mais ils m'ont trop fait souffrir, je suis trop sidérée, trop assommée par le destin ».

Débilité : Mauvaise élève; pas de certificat d'études : $6 \times 5 = 40$.

Orientation : Elle est à Maison-Blanche avec les fous et les malades. C'est le règlement de la Maison de faire de la folie furieuse.

Ne connaît pas la date de son entrée à l'Asile, mais sait la date actuelle à quelques jours près et la durée de son internement. Donne très exactement les dates de la guerre de 1914.

La guerre actuelle lui apparaît comme une révolution intérieure des femmes.

Ne connaît pas le nom des infirmières du service. Baisse progressive de l'activité : au début de l'internement, travaux du ménage. Maintenant reste oisive, fait cependant son lit. Tenue négligée.

Coléreuse, violente, impulsive « on me cherche des noises, je ne peux pas être calme. »

Gestes érotiques, masturbation.

Examen somatique :

Système nerveux : Réflexes tendineux très vifs.

Tremblement léger de la langue, tremblement des mains. Pupilles D > G irrégulières; réflexe photomoteur très faible.

Cœur : T. A. : 10 1/2 - 8. Eréthisme cardio-vasculaire.
2° bruit clapé à la base.

Règles irrégulières et douloureuses.

Réactions sérologiques négatives dans le sang.

L. C. R. en 1935 : Albumine 0,20; Leuco : 0,5; Benjoin :
00000.02210.00000. B. W. : négatif.

Urée sanguine : 0 g. 30 ‰.

La malade dont nous venons de résumer l'observation présente une hérédité psychopathique chargée, elle-même s'est toujours montrée instable et incapable d'activité suivie. L'accident initial de la syphilis a eu lieu en 1925, quinze ans avant l'internement. La syphilis a été traitée correctement, les réactions sérologiques sont négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Quelques signes neurologiques pourraient cependant faire suspecter une syphilis nerveuse fruste : dysarthrie légère, inégalité et paresse pupillaires. Les troubles mentaux consistent en syndrome hallucinatoire et troubles cénesthésiques avec discordance. Le maniérisme, la baisse de l'affectivité, l'inertie motrice et psychique permettent de porter le diagnostic de démence paranoïde. Là encore, nous ne pouvons affirmer qu'il existe une relation nette entre la syphilis et le syndrome mental actuel. Le rôle du terrain, de l'hérédité ne sont pas négligeables et dès l'enfance l'instabilité, l'indiscipline attestent d'un déséquilibre congénital ou acquis.

La complexité des facteurs étiologiques est plus grande encore chez notre malade suivante qui, à une syphilis en activité humorale persistante, joint une tuberculose pulmonaire en évolution.

OBSERVATION N° 18.

Psychose paranoïde. Début brusque en 1936, par un état mélancolique. Evolution ultérieure vers un délire très actif avec prédominance des thèmes d'agression corporelle. Hallucinations auditives, érotisme, imprécision de la pensée. Hypersthénie. Syphilis en évolution. Tuberculose en voie d'amélioration actuelle.

DR... Renée, mannequin, célibataire, née le 19 août 1898, entre à Maison-Blanche le 23 décembre 1936 à l'âge de 38 ans.

A. H. : Père et mère vivants.

A. P. : Inconnus. Kératite (?) soignée en 1935 par du cyanure de mercure à l'Hôpital des Quinze-Vingt.

Début de la maladie : brusque en Novembre 1936 par un syndrome dépressif : refus d'aliments, tentatives de suicides par défenestration et absorption d'un tube de gardénal. Insomnies. Cauchemars, violentes céphalées. Vagues idées de persécution.

Certificat, D^r GOURIOU, 23 décembre 1936 : « Etat mélancolique anxieux avec reproches — et remords rétrospectifs — idées et tentatives de suicides, à maintenir ».

Notes prises à cette époque : Pleurs : « J'ai une tare, est-ce de ma faute ? (allusion probable à la spécificité). Je suis persécutée ». Hallucinations grossières. Impulsivité violente envers son ami, qu'elle griffe lors de ses visites.

Evolution : Persistance du syndrome mélancolique pendant environ un an. Modification progressive du comportement : apparition d'excitation, de crises coléreuses par intervalles. Grossièretés, Soliloques bruyants. Malpropreté, « crache partout ».

Certificat du 11 juin 1939, D^r VIÉ : « Est atteinte de psychose paranoïde »,

Examen actuel : Attitude hostile. Interrogatoire difficile. Subexcitation, Réticence extrême. Imprécision de la pensée. Fautes de syntaxe.

Délire très actif de persécution avec prédominance des troubles cénesthésiques et des thèmes d'agression corporelle. Interprétations délirantes.

« J'ai le thorax tout cassé, on m'a cassé les côtes... je veux raconter à ma famille... mes côtes cassées, j'y tiens beaucoup, je veux qu'elle voie l'ustensile à faire sauter les yeux. On m'a fait battre la nuit, je vous mets dans le rang de celles qui m'ont battue. On m'attrape par les cheveux, ils appellent ça « bien tignasser ». On me fait la résille sur les cheveux la nuit, c'est de l'électricité; dans le maillot il y a un truc électrique, on me fout partout des trucs pour la vessie ». « J'ai les dents chauffées à blanc, on me bloque. C'est très drôle les études que vous avez fait, je trouve ça très fort, dans un sens c'est admirable, il faut être ici pour savoir quelle est votre médecine. Avouez que je suis une fille résistante pour les attaques, les coups de Trafalgar qu'il y a ici. Vous cherchez à m'embourber, les preuves je les ai sur moi ».

Hallucinations auditives probables : Il s'agit toujours de son corps : « Tes yeux vont tomber, tes seins vont tomber ».

Réponses aux voix : « Mais oui j'ai des rides, espèce d'idiot ».

Soliloques.

« Des idées on m'en donne et j'en donne », dit-elle.

Erotisme très actif se manifestant dans les propos délirants où reviennent fréquemment des thèmes sexuels et dans le comportement : masturbation nocturne.

Ebauche de systématisation du délire : Identification des persécuteurs. Ses persécuteurs sont commandés par un homme mystérieux, mais elle se montre sur ce point très réticente : « pendant trois ans j'ai ignoré de qui il s'agissait, depuis septembre dernier je m'en suis rendu compte, il a fallu des « abreuves et la répercute » pour que je le sache. C'est mon ami qui est fautif avec le « prie-Dieu de la Pitié ».

Menaces de réactions violentes contre l'ensemble des persécuteurs, de plaintes aux tribunaux.

Affectivité bien conservée. Manifeste le désir de sortir avec les siens.

Leur écrit des lettres beaucoup plus cohérentes que ne le sont ses paroles.

Orientation bonne. Mémoire bien conservée.

Comportement habituel :

Emportée, coléreuse, frappe les autres malades. Phases d'excitation plus marquées.

Dans l'ensemble : amélioration du comportement depuis quelques mois. Consent à se laisser soigner. Se montre plus abordable, moins grossière. Au début de l'internement : tenue négligée, malpropre. Mettait sans s'en apercevoir ses vêtements à l'envers. Depuis quelque temps, devient coquette, soigne sa tenue, met des gants blancs quand elle sort du pavillon. Elle s'est bouché, pendant les premières années du séjour à l'asile, les narines et les oreilles avec des tampons de coton, mais elle a ensuite renoncé à ces pratiques.

Activité très limitée : travaux de tricot pour elle, bien exécutés. Ne lit pas les journaux, mais se tient au courant de la guerre. Bien adaptée : connaît le personnel.

Examen physique : Maigreur. Reprise de poids depuis janvier dernier. Otite chronique. Taie de l'œil droit.

Appareil pulmonaire :

En octobre 1939, râles sous-crépitaux à l'auscultation du poumon gauche.

A l'examen radiographique d'octobre 1939 : infiltration micro-nodulaire de la région du hile droit. Sommets clairs et base libre.

Arborisations bronchiques à gauche.

Examen radioscopique du 21 février 1940 :

Les sommets s'éclairent bien à la toux, les bases sont libres. Le hile droit est accentué et élargi. On note à sa partie inférieure une image sautant à la toux.

Examens biologiques :

Urines : sucre, albumine, acétone, néant.

Urée sanguine : 0 gr. 35 $\frac{0}{100}$ par litre.

Réactions sérologiques dans le sang :

du 16-12-36 : B.-W. positif.

le 24- 5-39 : B.-W. négatif.

Meincke : positif.

Kahn : + + +.

Réactions sérologiques dans le L. C. R. négatives. Liquide normal.

Traitements suivis : séries régulières de Bivato!, Myochrysine.

Nous nous trouvons ici en présence d'un délire de persécution très actif à thème corporel qui peut expliquer chez cette malade les troubles du comportement et du caractère. Le début de la maladie a été marqué par un état dépressif qui a persisté pendant un an pour faire place aux troubles actuels. La pensée orale est peu cohérente, les écrits sont plus cohérents. Nous avons vu d'ailleurs que cette dissociation est fréquente chez les paranoïdes. Mlle D... présente une syphilis en évolution avec réactions humorales positives dans le sang et une tuberculose pulmonaire.

Ici le traitement anti-syphilitique que l'on a alterné avec la myochrysine a été suivi d'amélioration du comportement en même temps que de l'état général. Mais le délire persiste intégralement, si l'hostilité et l'impulsivité ont marqué un temps de régression.

Il est bien entendu impossible d'établir le rôle respectif des facteurs morbides, d'autant que nous ne possédons aucun renseignement sur la famille ni sur la vie antérieure, non plus que sur la chronologie de la syphilis et de la tuberculose.

En résumé, dans ce troisième groupe de faits, la syphilis ne paraît figurer dans le complexe morbide qu'à titre de coexistence. L'examen du liquide céphalo-rachidien ne traduit aucune atteinte grave du système nerveux central. Les petits signes (dysar-

thrie), observée dans le second cas n'ont pas de caractères absolument pathognomoniques. Chez toutes le traitement n'a pas eu d'action, ou ne semble avoir agi que par l'intermédiaire de l'état général, qu'il n'a amélioré, chez la troisième malade, que depuis l'adjonction de la cure de la myochrysine.

III. ETATS PARANOÏDES POST-CONFUSIONNELS.

Les séquelles des confusions mentales ont été bien étudiées depuis RÉGIS, et tous les auteurs ont insisté sur l'importance du terrain psychopathique dans la genèse des délires plus ou moins systématisés secondaires aux atteintes toxi-infectieuses.

Nous apportons ici un cas d'état paranoïde apparu à la suite d'une *typhoïde* grave. JOFFROY, envisageant des cas analogues estimait que la typhoïde n'y joue qu'un rôle déclenchant chez des prédisposées (1891). J. CHALIER et Roger FROMENT, lors de l'épidémie de Lyon en 1930, ont constaté des séquelles mentales définitives, après délire de la convalescence. Mais ces formes, dans l'ensemble, sont peu fréquentes, puisque A. DUFOURT et Roger FROMENT, dans leur statistique de 3.000 cas de typhoïde, ne comptent que deux internements et 3 cas de troubles démentiels.

OBSERVATION N° 19.

Délire de persécution mal systématisé sur fond de déséquilibre mental. Discordance paranoïde. Consti-

tution progressive depuis 1918 après une fièvre typhoïde grave. Bizarries du comportement, indifférence, malpropreté. Inactivité totale. Hérité psychopathique.

Puis... Béatrix, célibataire, téléphoniste, née le 23 mai 1891, entre à Maison-Blanche le 23 avril 1938.

A. H. : Grand-père paternel mort de paralysie générale à l'âge de 60 ans. Père décédé à 80 ans. Mère vivante 70 ans.

A. G. : Un oncle paternel interné à l'asile de Semoy à l'âge de 60 ans, y est mort. Un frère atteint d'épilepsie, mort à 21 ans.

A. P. : Fièvre typhoïde grave en 1918. Grippe infectieuse la même année.

Caractère : Emotive, impressionnable, méfiante, mais affectueuse.

Enfance normale. Etudes secondaires. A obtenu son diplôme de fin d'études secondaires, parle plusieurs langues.

Exerçait la profession de téléphoniste et d'interprète, mais montrait une grande instabilité dans son métier. Changements fréquents de place depuis quatre à cinq ans.

La maladie se serait instituée progressivement après la fièvre typhoïde de 1918, qui l'affaiblit beaucoup physiquement.

En 1928, bouffée délirante avec incohérence des propos, soignée à domicile. Depuis amélioration des troubles, mais persistance d'indécision, de manque de volonté. Fréquentation de cartomanciennes. Diminution de l'affectivité. Travail intermittent avec changements de place. Bizarries du comportement : depuis une dizaine d'années se promenait avec des oiseaux dans son sac. Fantaisies vestimentaires. Négligence dans la tenue et malpropreté. Excès de café. Restrictions alimentaires volontaires.

Internement d'office le 27 avril 1938 : excentricités dans la rue.

Certificat, Dr HEUYER, 27 avril 1938 :

« Excitation psychique. Aisance. Sourires, expansion, mo-

bilité de l'attention. Loquacité évasive. Réticence. Bizarres. Idées délirantes de persécution. Interprétations. La société protectrice des animaux la fait suivre parce qu'elle sortait avec un pigeon. On la regarde, on la fixe. Moqueries parce qu'elle est mal habillée. Hier excentricités dans la rue. Courait devant les automobiles au risque de se faire écraser. Motivation : était suivie par de sales gens et voulait prendre un taxi. Résistance, injures, voies de fait à un agent qu'elle a giflé. Désordre de la tenue. Malpropreté; tremblement digital et lingual. Pouls 104. Caféisme. Antécédents de déséquilibre mental depuis 10 ans. Attachement pathologique à un pigeon, qu'elle a gardé après la mort en état de putréfaction. Probabilité de Démence précoce fruste. Fièvre typhoïde en 1918 ».

Certificat de transfert à Vauclaire, D^r Vié, 21 novembre 1938 : « Déséquilibre mental avec affaiblissement intellectuel. Craintivité, discordance. Etat constitué progressivement après une fièvre typhoïde en 1918. Excitation par intervalles. Ne prend pas soin d'elle-même. Peut être transférée ».

Examen d'avril 1938 :

« Tous ses malheurs proviennent de son pigeon qu'elle a ramené de la campagne. Elle le promenait dans son sac. Quand il est mort elle a voulu le conserver chez elle. Les voisins se plaignaient, la société protectrice des animaux la faisait suivre, on se moquait d'elle ». Discordance frappante. Expose avec le sourire les persécutions dont elle est l'objet. Indifférence affective.

Orientation bonne dans le temps et l'espace.

Comportement habituel : Instabilité motrice. Soliloques à voix basse : conversations confidentielles avec son pigeon mort. Se tait dès qu'on s'approche d'elle.

Inactivité totale; oisiveté : se couche dans l'herbe à longueur de journée. Malpropreté : mange avec ses mains. Urine dans ses vêtements. Négligence dans la tenue; désordonnée.

Erotisme : masturbation au lit. Cherche à embrasser certaines malades, mais se montre par contre menaçante et violente envers d'autres et envers le personnel.

Examen physique :

Système nerveux : pupilles réagissant bien.

Réflexes tendineux vifs.

Tremblement des mains.

Cœur : normal. T. A. : 13-8 au Vaquez.

Appareil génital : réglée à 12 ans. Règles régulières.

Examen d'urines : Sucre, albumine, acétone : néant.

Urée sanguine : 0 gr. 35 ⁰/₁₀₀.

Nous sommes ici en présence d'un malade dont le délire s'est constitué progressivement après une fièvre typhoïde grave en 1918. Les troubles avaient d'abord revêtu l'aspect d'un affaiblissement simple, les idées délirantes n'avaient pas alors retenu l'attention, mais Béatrix était restée une infirme; les troubles délirants ont débuté sur un mode aigu en 1928 : bouffée délirante avec persistance de séquelles qui s'amplifient progressivement en évoluant vers un état démentiel. L'indécision, le manque de volonté, la diminution de l'activité, les bizarreries du comportement furent les premiers signes. A ceux-ci s'associent des idées délirantes de persécution n'entraînant aucune réaction affective, cette discordance et la baisse de l'affectivité ont pu faire porter le diagnostic de démence précoce fruste. L'inactivité, l'incurie, l'indifférence se sont accentuées. Soulignons enfin l'érotisme chez cette malade à la période de la ménopause.

Ici les troubles sont survenus sur un terrain spécial, marqué de fortes tares : le grand-père paternel est mort de paralysie générale; un oncle paternel est mort interné; un frère de la malade est mort épilep-

tique. La part de l'infection (dont le diagnostic paraît certain étant donnés les renseignements fournis), se ramène à celle qu'indiquait JOFFROY.

Dans l'observation suivante, l'étiologie du syndrome confusionnel n'a pu être mise en évidence, et les antécédents héréditaires n'apportent pas de donnée concluante. Certes, dès l'entrée, le D^r PACTET notait les caractères atypiques de la confusion (rires sans motif, en particulier), mais les chocs affectifs réels qui en précédèrent l'apparition semblent avoir donné naissance à des thèmes oniriques, et les variations, la rectification partielle des conceptions délirantes ont incité le D^r VIÉ à détacher cette malade de la démence précoce et à discuter chez elle la réalité de l'origine post-confusionnelle de son état.

OBSERVATION N° 20.

Psychose post-confusionnelle avec séquelles paranoïdes. Début brusque en 1935 par un état confusionnel atypique avec désorientation, idées délirantes de filiation et d'enfantement; récits absurdes d'agression. Symptômes de dissociation. Rectification partielle des idées délirantes. Hallucinations auditives et cénesthésiques épisodiques. Troubles de l'expression verbale. Inertie. Indifférence. Activité réduite.

TORD... Marguerite, célibataire, piqueuse en lampes électriques. Née le 29 juin 1911. Entre à Maison-Blanche le 7 août 1935 à l'âge de 24 ans.

A. H. : Père et mère vivants bien portants.

A. C. : 1 frère mort à l'âge de 11 jours.

A. P. : Rougeole avec bronchite à 22 mois.

Enfance : normale. D'origine italienne, est née en France mais a vécu en Italie jusqu'à l'âge de 9 ans. Vit ensuite à Paris avec ses parents.

Ecole jusqu'à l'âge de 14 ans, pas de certificat d'études.

A commencé à travailler vers l'âge de 16 ans. Divers métiers : giletière pendant 3 mois, puis employée dans le cartonnage et enfin, piqueuse en lampes électriques.

Dans la période qui précède l'internement, chocs affectifs : Projets de mariage contrecarrés par ses parents. Début des troubles brusque le 12 janvier 1935 : état dépressif avec tristesse. Craintes d'empoisonnement, cessation de tout travail.

Certificat du 2-8-35, Dr PACTET : Présente un état confusionnel. Elle ne sait pas où elle se trouve ni depuis quand elle est là. Son père a dû la tromper en l'amenant ici, il devait la conduire voir une amie dans un couvent de Reuilly. Elle raconte des faits imaginaires : elle a été attaquée dans un atelier, on lui a mis un tuyau à gaz dans la bouche; elle a perdu connaissance et on a dû la violer. Elle a aussi été attaquée chez elle, une nuit, à minuit, on l'a transportée dans le logement d'une voisine. Elle n'est pas la fille des personnes chez qui elle vit, ses vrais parents doivent faire des recherches pour la retrouver. Elle est la fille d'un officier. Elle rit sans motif. L'état mental de Mlle Tor... nécessite son placement dans un asile d'aliénés.

Examen du 21 août 1935 : Etat confusionnel atypique. Idées délirantes de filiation : « J'ai toujours mon père adoptif M. T..., je serais la fille d'un anglais et d'une anglaise, ils s'appellent de leur nom Magalley, je pense que ce sont des nobles, je suis d'une famille assez bien ».

« J'ai accouché à St-Antoine de 6 filles et un garçon en 1934 à la Noël. Je suis fatiguée depuis ».

Récit d'agression nocturne à coups de barre de fer.

Désorientation : Pense être ici dans un sanatorium.

Symptômes de dissociation psychique : Euphorie, indifférence : « Mon fiancé, je ne l'aime pas parce que je n'ai pas

eu d'enfants de celui-là, alors je ne pouvais pas me marier avec celui-là ».

Inactivité. Insouciance.

Fixité des attitudes. Stéréotypies.

Evolution depuis 1935 :

Certificat du 18 septembre 1938, Dr VIE : « Est atteinte de psychose post-confusionnelle. Rectification des idées délirantes, mais persistance d'hallucinations ».

Certificat du 10 décembre 1939, Dr VIE : « Est atteinte de psychose post-confusionnelle. Légère amélioration persistante, les hallucinations sont moins fréquentes mais persistance d'asthénie, d'inertie, de crises de larmes. Elle est incapable de travailler et son incapacité demeure totale, elle doit rester en traitement à l'hôpital psychiatrique ».

Examen actuel : Rectification partielle des idées délirantes de filiation et d'enfantement : « J'avais eu une discussion avec ma famille. C'est du spiritisme qu'on a dû me faire à St-Antoine. Je suis la fille de M. et Mme T... Peut-être je serais de l'Assistance Publique et ils m'auraient reconnue. Je n'ai jamais eu d'enfants, c'est rien que de l'appréhension. On m'aurait dit que j'avais été attaquée et je ne l'aurais pas été. C'était un coup sur la tête, un malaise qui me venait du sang ».

Il lui reste quelques doutes sur sa nationalité : « On voulait que je reste italienne, maintenant j'ai été naturalisée « un petit peu » je change quelquefois de nationalité. Ils me reconnaissent anglaise, sur 1 m. 90, car je mesure 1 m. 90 (taille réelle 1 m. 55 environ).

M. T... mon père me reconnaît avec 1 m. 90, alors que des anglais ne me reconnaissent pas ».

Hallucinations auditives de plus en plus rares : « Dans le temps, des voix m'apprenaient beaucoup de choses sur moi, des cancans, des histoires, depuis un an c'est beaucoup moins ».

Troubles cénesthésiques : « Coups dans la tête pendant la nuit, ça me donne des maux de tête et de vives douleurs qui me font très mal ». Diminution de l'affectivité : Indifférence profonde pour son ex-fiancé, dont elle parle d'un ton désin-

volte : « Il est fâché, il est parti au Maroc, il me disait que je n'étais pas gentille ».

Reçoit par contre bien sa mère, manifeste le désir de rentrer chez elle et d'aller ensuite en vacances.

Se désintéresse des événements actuels : « en ce moment d'ailleurs, ce n'est pas la guerre, car ils se sont arrêtés, il y a eu un délai. On parle pourtant de la guerre politique ou de la marine ».

Orientation : Bonne. Sait la date à quelques jours après, le nom de l'hôpital.

Erreur d'un an sur la date de son internement qu'elle situe pendant l'été 34.

Donne son âge et sa date de naissance.

Souvenirs précis.

Niveau intellectuel : Compte mal : $6 \times 5 = 32$.

$$8 \times 4 = 40$$

$$17 - 10 = 8$$

Comportement habituel : Calme, inerte, indifférente, quelquefois coléreuse. Gestes impulsifs.

Rires immotivés; crises de larmes une à 2 fois par mois.

Baisse progressive de l'activité : A travaillé pendant 3 ans régulièrement à l'atelier de couture, mais reste oisive depuis février 1939. De temps en temps fait encore quelques petits travaux de couture bien exécutés.

Lecture du journal, de romans.

Propre, soigneuse, fait son lit et sa toilette seule.

Connait le nom des infirmières.

Examen physique : Bon état général. Rien à signaler à l'examen des divers appareils.

Réglée à 14 ans. Règles régulières.

Urines : sucre, albumine, acétone : néant.

Nous ne signalerons ici que pour mémoire les *états paranoïdes post-traumatiques*. VILLEMEZ a rapporté dans sa thèse un délire fantastique post-confusionnel sur fonds d'affaiblissement intellectuel chez une

femme de 67 ans qui avait été violemment renversée par une automobile et avait eu une perte de connaissance et un accès de confusion onirique pendant plus de deux mois (Obs. 11). Un élève de PFERSDORFF, Auguste LIEBER, a étudié au début de 1939 les états paranoïdes après commotion cérébrale. Nous ne pouvons même aborder ici les problèmes si délicats posés par l'appréciation de ces cas. Mais toujours, fût-ce même au bout de dix ou vingt ans, on retrouve dans le délire une trace de la *lacune* mnésique initiale.

IV. ETATS PARANOÏDES DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE.

Les états délirants hallucinatoires ont parfois revêtu, parmi les formes subaiguës et les séquelles de l'encéphalite épidémique, l'aspect paranoïde. STECK a bien décrit, en 1927, ces cas remarquables par le polymorphisme des manifestations, la richesse des conceptions délirantes fantastiques, l'absence de précision dans la systématisation, le caractère prélogique, archaïque, souvent mystique et érotique des thèmes, en même temps que le défaut de croyance en face du délire, qui place ces malades plus près des obsédés que des délirants. En y ajoutant l'importance de l'onirisme (avec ou sans confusion mentale) et la fréquence des signes physiques de la maladie, tout cela sépare trop nettement les délirants encéphalitiques des paranoïdes tels que nous les avons délimités, pour qu'il y ait intérêt à entrer dans le détail des

faits, que CLAUDE et EY ont groupés dans leur étude de 1933.

V. ETATS PARANOÏDES ET TUBERCULOSE.

Au cours de la tuberculose pulmonaire ou viscérale, lorsque l'imprégnation de l'organisme est profonde, on voit apparaître des psychoses subaiguës dont BRENUGAT a fait l'étude dans sa thèse, et nous avons eu l'occasion d'observer nous-mêmes ces malades au Pavillon Sanatorial de Maison-Blanche. Ces tableaux sont faits de confusion, de dépression et d'onirisme, en proportion variable, avec des hallucinations surtout psychomotrices, et des idées délirantes d'influence en général peu systématisées.

Ces psychoses évoluent, parallèlement à la tuberculose, soit vers la mort par aggravation de celle-ci, soit vers la guérison, lorsque l'imprégnation bacillaire s'atténue. Dans des cas plus rares, telle l'observation 32 de BRENUGAT, la psychose passe à la chronicité, et cette malade présente maintenant un état délirant fixé, avec langage incohérent, hostilité, moments de subexcitation. Elle avait présenté en 1936 une tuberculose des organes génitaux, et sur les pièces opératoires de l'hystérectomie pratiquée par le docteur CHEVRIER, l'examen histologique montra la paroi musculaire criblée de follicules avec cellules géantes. Un accès confusionnel s'ensuivit, puis un délire de persécution, d'influence, de grossesse, et dans la suite, des idées mystiques, érotiques et hypocondriaques.

La prédisposition psychopathique ici encore est massive : le père est mort aliéné, le frère de la malade est un arriéré rachitique, et la malade elle-même avait toujours eu un caractère bizarre et difficile.

VI. ETATS PARANOÏDES ET PRÉSÉNILITÉ.

Sans entrer dans les discussions soulevées par les rapports des psychoses discordantes et de la présénilité, voici une observation de délire paranoïde chez une artério-scléreuse de 66 ans, hypertendue et urémique. La désorientation dans le temps peut se rattacher au délire. Néanmoins l'affaiblissement intellectuel existe, bien que l'excitation lui adjoigne l'apport d'un certain degré de fuite des idées. On ne saurait parler ici de presbyophrénie, mais peut-être est-ce vers cette formule démentielle que notre malade va évoluer. La famille n'a malheureusement pas pu fournir d'antécédents héréditaires.

OBSERVATION N° 21.

Psychose paranoïde à évolution démentielle. Hallucinations et troubles cénesthésiques variés. Idées délirantes de persécution sans systématisation. Néologismes. Troubles de l'orientation et affaiblissement intellectuel. Hypertension. Urée sanguine 0 gr. 75 /₁₀₀.

CH... Antoinette, née le 4 novembre 1873..., cuisinière en chômage. Entre à Maison-Blanche le 18 août 1939.

A. P.: Ovariectomie unilatérale avec ligamentopexie à l'âge de 25 ans; 3 enfants vivants, un enfant mort de diphthérie à 15 mois.

Ménopause à 50 ans environ.

Installation progressive d'un état de subexcitation d'après les renseignements familiaux. Internement d'office déterminé à l'âge de 65 ans par des scandales multiples dans la rue.

Certificats. Dr CHATAGNON. — 18 août 1939 : « Psychose paranoïde à évolution démentielle. Grande activité hallucinatoire avec troubles cénesthésiques variés : on l'accuse d'être Bretonne, Italienne. Idées délirantes multiples. Nombreux néologismes. Hypertension artérielle ».

Examen actuel : Malade exubérante, logorhéique. Délire incohérent avec expressions stéréotypées et néologismes.

« On me reproche d'être Italienne, on veut me faire travailler pour l'Italie, moi je ne veux pas, je suis nationalité Française. On m'a dit « oui, travaillez pour l'Italie » et vous ne vous en irez jamais... on m'a mis sur les bateaux, puis sur le livre d'Italie. »

Hallucinations auditives, insultes, menaces. « C'est cette carotide... vous irez dans les cuves pour vous couper la carotide, or je tiens à ma nationalité. On veut me séquestrer et me faire frire dans les cuves. ça dure toute la journée et toute la nuit. Grossièretés « ton cul sent l'huile ». Des moments je ne fais pas attention, à d'autres ça m'énerve ».

Elle est menacée et insultée en néologismes, en hébreu. « Elle va être fresenée... par les callibosses, les callibosses sont des infirmières à voix qui courent à bicyclette. Il y a des italiennes, des Françaises et bien d'autres encore, de toutes les nationalités. Les Françaises d'ailleurs se sont fait « expertiser italiennes ».

Prise de la pensée : « Il y a des personnes qui prennent les pensées, un petit peu toutes. Des fois, elles répètent ce que je fais; on essaie de transmettre l'esprit : ce sont les féeries britanniques, les « Londoïs ». Elle est l'objet de

pratique spirites, d'expériences d'hypnotisme : « on met l'esprit dans elle. »

Echo des actes.

Hallucinations olfactives : « Elle ne sait pas ce qu'on met dans la chambre, ça prend à la gorge et ça pique aux yeux, c'est du « flux ».

Troubles cénesthésiques : On lui brûle l'estomac, ce qui vient de l'essence et de la moutarde à cataplasme. Autrefois elle voyait arriver sur elle des rayons.

Plusieurs tentatives d'empoisonnement ont été pratiquées sur elle : « La supérieure met du laudanum dans le manger, de l'essence de térébenthine et du camphre, et puis « du cocaïne » qui lui enlève la voix. »

Vagues idées de préjudice : « On veut lui prendre ses assis de chômage. »

Affaiblissement intellectuel : Impossibilité de résoudre une multiplication simple.

L'orientation dans le temps est bonne, mais par contre elle croit être ici à Plessis Trévis en Saône-et-Loire dans un hôpital-prison.

Connait tout le monde dans le service : le médecin à qui elle fait chaque jour des demandes de sortie : « Donnez-moi mon billet de sortie », les infirmières qui sont en même temps des persécutrices.

Inactivité totale. Fait cependant sa toilette et son lit. Ne lit pas les journaux, est à peine au courant de la guerre qu'elle pourrait cependant « faire arrêter si elle n'était ici en prison ».

Très bruyante. Revendications à voix haute. Réponses aux hallucinations « Je suis République Française ».

Quelquefois violente envers les autres malades. Querelles fréquentes.

Examen physique :

Cœur : Bruit clangoreux. Tachycardie. T. A. : 23-11 au Vaquez.

Encombrement des bases pulmonaires.

Foie douloureux congestif.

Tremblement digital menu à type vertical.

Urée sanguine 0,75 ‰.

Réactions sérologiques négatives dans le sang.

B. — LES ANOMALIES DU TERRAIN

Tout au long de notre travail, nous avons rencontré chez toutes nos paranoïdes dont l'ascendance était connue, des tares évidentes, et nous pensons qu'il faut voir autre chose qu'une simple coïncidence entre ces antécédents psychopathiques et la forme atypique imprimée aux psychoses de nos malades.

Achille FOVILLE père voyait déjà, nous l'avons dit, dans la dégénérescence, un facteur d'aggravation. Il se demandait si les formes du délire n'étaient pas en rapport avec « le caractère particulier de l'insensé » et, considérant la morphologie crânienne, il constatait que « les têtes très petites ou très grosses sont moins favorables à la résolution que celles d'un développement moyen ».

MAGNAN a insisté surtout sur la curabilité des accidents des dégénérés, de leurs syndromes épisodiques. Pourtant LEGRAIN, dans sa thèse, fit place, nous l'avons vu, aux formes intermittentes ou continues qui s'orientent vers un affaiblissement démentiel.

Cette parenté des syndromes épisodiques des dégénérés et des délires atypiques explique ce fait, constaté par LAIGNEL-LAVASTINE, de la fréquence d'états

obsédants, impulsifs, de doutes et de phobies chez nos futurs paranoïdes. Et si cette continuité morbide n'est pas plus connue, c'est que les deux groupes d'épisodes sont observés par des médecins différents, les premiers à l'Hôpital général ou en clientèle, les seconds dans les hôpitaux psychiatriques, parce qu'ils nécessitent l'internement.

Nous apportons ici des exemples de formes cliniques atypiques de la psychose hallucinatoire chronique : d'abord une psychose hallucinatoire chez une dégénérée, une psychose hallucinatoire chez la fille d'une malade atteinte elle-même de psychose hallucinatoire, une psychose d'influence sur fond de déséquilibre, une psychose hallucinatoire de débile, enfin deux cas posant la question des rapports entre la psychose hallucinatoire et la psychose périodique.

OBSERVATION N° 22.

Psychose hallucinatoire de type paranoïde chez une dégénérée. Hérité morbide, nervosité dès l'enfance. Début en 1930. Apparition d'un délire mal systématisé avec hallucinations visuelles prédominantes. Conservation de l'intelligence et de la cohérence de la pensée. Activité limitée, troubles endocriniens.

HA... Marguerite, née en 1896 à Vienne (Autriche), célibataire sans profession, entre à Maison-Blanche en septembre 1939.

A. H. : Père mort à 65 ans, de « Neurasthénie » dans un Asile de Vienne.

Mère emportée et coléreuse.

A. C. : Une sœur morte à 53 ans en état de mal épileptique.

A. P. : Accouchement au forceps, réglée à 9 ans 1/2.

Pleurésie purulente évacuée par thoracentèse en 1931, suivi de phlébite. Ictère et coliques hépatiques soignées par cures hydro-minérales.

Enfance : Déjà anormale. Hyperémotivité, claquements de dents et frissons au moindre choc émotif. Il lui semblait déjà entrevoir des personnages macabres, fantômes, squelettes autour de son lit.

Début des troubles actuels brusque en 1930, insomnies, cauchemars, hallucinations visuelles; 1^{er} internement de quelques mois à la Salpêtrière en 1933, mais les troubles continuent à évoluer progressivement et la vie familiale devient très difficile à partir de cette époque : Marguerite se montre fréquemment violente avec sa mère qui demande le placement à l'Asile en septembre 1939.

Certificat 8 septembre 1939, Docteur BADONNEL : psychose paranoïde, délire incohérent. Hallucinations auditives et visuelles. Son grand-père est mort empoisonné et sa grand-mère assassinée. Ses parents ont été accusés d'avoir commis ces deux meurtres, elle voit au plafond de sa chambre un crapaud avec une perle sur le nez. C'est l'emblème des parricides; au-dessus il y a la face du Seigneur. Elle entend dire qu'elle est stupide. Réactions violentes à l'égard de sa mère. Idées de suicide : voulait s'électrocuter, avec un fil de fer branché sur un rail électrique. Troubles endocriniens. »

17 octobre, D^r CHATAGNON : « Présente un délire peu cohérent, alimenté par une imagination sans cesse en éveil. Syndrome hallucinatoire visuel : voit des images curieuses dans les nuages. Mésentente familiale. Impulsivité à l'égard de sa mère. Préoccupations hypocondriaques. Complexes sexuels d'infériorité, réaction dépressives épisodiques avec idées de suicide. Nombreux troubles endocriniens : obésité, rhinophyma. »

Depuis le début de l'internement, la maladie évolue sans

autre modification qu'une amélioration du comportement : les idées de suicide, l'anxiété ont disparu, la malade s'est toujours montrée calme et douce, il y a eu une reprise partielle d'activité.

Examen du 10 septembre 1939 : Donne comme motif d'internement « il y avait des bichettes sur le papier peint dans l'entrée de sa maison ».

S'exprime en termes choisis d'une façon assez cohérente.

Hallucinations visuelles :

« L'ombre d'un Juif qu'elle a connu en 1912 est dans sa salle à manger, elle n'ose plus y entrer de peur de le gêner. Le Juif est constipé. Il lui apparaît sous forme d'ombres mouvantes; elle le distingue nettement : il a des yeux noirs brillants, un nez caractéristique, une barbe en éventail. »

D'autres fois il lui semble voir au plafond de sa chambre une lanterne magique avec trois diamants irisés, un crapaud qui porte 3 perles sur le nez.

Elle a vu défiler l'Empereur d'Allemagne, certains de ses parents. De sa fenêtre elle aperçoit un arbre portant un cœur traversé d'une flèche : c'est le symbole d'un assassinat mystérieux qui a eu lieu dans sa propre famille : ses parents ont en effet assassiné son grand-père.

Les images visuelles sont tantôt mouvantes, tantôt immobiles, sans relief. Elles varient d'un jour à l'autre et sont en rapport avec ses rêveries imaginatives.

Des pseudo-hallucinations accompagnent les hallucinations vraies : elle voit dans les nuages de formes curieuses et peut reproduire ces « fantasmagories » presque à volonté.

Les hallucinations visuelles ne s'accompagnent pas d'autres troubles psycho-sensoriels.

Illusions de fausses reconnaissances : Son père mort en 1917, a 3 sosies. Elle en a rencontré un en 1931.

Complexes d'infériorité basés sur des désavantages physiques. « Elle est moche » — on l'a mise à la porte de sa place pour cette raison car son patron ne choisissait comme d'ac-

tylo que des beautés. Elle aurait bien voulu se marier mais elle n'est pas assez intelligente.

Cette conscience de sa laideur crée parfois chez elle un état de souffrance morale qui explique ses réactions dépressives : tentatives de suicide multiples depuis le début de sa maladie. A voulu s'électrocuter avec un fil de fer branché sur un rail électrique. Désire aller au bord de la mer pour se noyer.

Plaintes hypocondriaques : Elle a de la fièvre, son cœur ne va pas très bien; elle essaie de justifier son inactivité totale depuis 10 ans par ses diverses maladies : elle vivait chez elle dans une chambre isolée, restait couchée la plus grande partie de la journée, essayait d'élucider le mécanisme de ses hallucinations visuelles.

Goût de la rêverie.

Elle se plaît dans une atmosphère de mystère; elle lit les contes d'Edgar Poë, des romans policiers. Elle ne fréquente plus personne.

Affectivité : Animosité à l'égard de sa mère qui refuse de partager son délire. Disputes souvent violentes. Elle a même brutalisé sa mère mais « ce n'était pas sérieux ».

Cependant, elle lui manifeste dans ses écrits une certaine affection.

Niveau intellectuel supérieur à la normale. Brevet élémentaire. A bien assimilé ses lectures, discute fort intelligemment sur les tactiques de guerre. Parle très bien l'anglais. Notions rudimentaires de médecine exposées avec finesse.

Ecrits cohérents. Style élégant. Protestations délirantes : « Je ne suis pas aussi coupable qu'on pourrait l'imaginer de prime abord et si je suis maintenant à Maison-Blanche je le dois uniquement à la mauvaise volonté de mes collègues, qui par vengeance se sont refusées à me donner un renseignement de la plus haute importance ».

Ironie : Sur le questionnaire d'entrée annonce que ses intentions sont d'intercepter des cargos allemands dans le Pacifique et l'Atlantique.

Orientation bien conservée.

Dans le service se montre réservée, calme, aimable, d'humeur triste, ne se lie pas avec les autres malades, reste négligée dans sa mise et sans coquetterie.

Activité utile réduite à quelques travaux de tricot correctement exécutés. Lecture, journaux, romans.

Examen physique : Laideur presque repoussante : acné, rhinophyma, pilosité du visage.

Obésité (85 kgs, 1 m. 47). Pilosité. Cicatrice de thoracanthèse au niveau de l'arc postérieur du 7^e espace intercostal droit.

Pupilles normales réagissant bien.

Appareil cardio-vasculaire normal. T. A. : 14-11 au Vaquez.

Sang : Réactions sérologiques négatives.

Urée : 0,40 ‰.

Urines : Sucre, albumine, acétone : néant.

OBSERVATION N° 23.

Hérédité similaire : progression dégénérative : Psychose hallucinatoire chronique sur fond de déséquilibre mental. Début en 1931 par une psychose interprétative atypique. Dissociation progressive. Thèmes délirants systématisés mais peu cohérents de persécution, hallucinations diverses. Incapacité sociale. Inactivité totale. Hérédité psychopathique. Troubles endocriniens.

Rob... Marguerite, née le 18 septembre 1893, célibataire, employée de banque.

A. H. : Mère internée 2 fois en même temps qu'elle : atteinte de psychose hallucinatoire bien systématisée. Exprime des idées délirantes distinctes de celles de sa fille.

A. P. : Totalement inconnus.

1^{er} internement : Mai 1931 à février 1932.

Certificat, Dr de CLÉRAMBAULT, 6 mai 1931 : « Est atteinte de psychose interprétative. Dépression. Depuis 4 ans tracasseries diverses à son bureau et dans la rue. Mimique stéréotypée des passants : rires, coups de chapeau. Gestes de se tirer le nez, allusions auditives à son inclination pour un brillant collègue, M. C..., à des dessins, à des griffonnages destinés à consulter le sort, etc. Illusions auditives stéréotypées : « Le gros pétard, le fils de l'homme », etc... Nervosité et instabilité croissantes, par suite de tracasseries, croit-elle. Hypothyroïdie marquée. Nanisme. Pouls : 132. Roc. 132-136. Chez la mère démence vésanique (67 ans psychose hallucinatoire) chez la fille projets de suicide collectif. A observer au point de vue démence précoce lente ».

2^e *internement* : Août 1934 à Janvier 1935.

3^e *internement* depuis 6 octobre 1937, pour Réactions antisociales. Cris la nuit. Menaces envers l'entourage, la fille de la concierge.

Certificat du Professeur CLAUDE, 12 octobre 1937 : « Psychose paranoïde. Inadaptation à une vie normale, vit avec une vieille mère délirante. Exprime des idées de persécution distinctes de celles de sa mère. Est complètement inoccupée. Habite dans un taudis. Hallucinations auditives. Interprétations incohérentes. A maintenir ».

Examen du 22 octobre 1938 :

Récriminations. Récits prolixes des incidents du début. Persistance d'idées de persécution peu cohérentes.

Hallucinations auditives : « Vous ne les entendez pas ces voix bizarres qui font des bruits abominables toute la nuit et le jour. Ces dames infirmières y répondent. Elles ne peuvent s'adresser directement à moi comme on a l'air de le croire. Elles viennent d'un haut-parleur du dehors, il y a aussi le micro de la T. S. F. de la salle.. Elles sont tout à fait faites spécialement, il y a 2 diction, la diction peu aisée qui représente les autorités et une diction très grossière, c'est toujours à mon sujet. Le micro de la salle parle de moi quelquefois, je suis très connue par mes histoires du crédit Lyonnais comme une petite fille du temps jadis ».

Comportement habituel : Calme. Etat d'excitation par in-

tervalles. Ecrit beaucoup. Revendications perpétuelles. Ecrits cohérents.

Inactivité totale (de même d'ailleurs qu'au dehors. Employée de banque autrefois, ne travaillait plus depuis 4 ans). Soliloqués à voix haute. Propre.

Examen physique :

Nanisme et obésité. Anomalies de la denture.

Système nerveux : Pupilles réagissant.

Réflexes rotuliens vifs.

Tremblement digital.

Examen des divers appareils : normal.

Tension : 18-11 au Vaquez.

Réglée à 12 ans. Règles régulières, mais peu abondantes.

Examens biologiques :

Urines : sucre, albumine, acétone : néant.

Urée sanguine : 0 gr. 40 $\frac{0}{100}$.

B.-W. négatif dans le sang.

Il s'agit ici d'un cas qui nous semble correspondre à l'évolution d'une psychose hallucinatoire chronique atypique parce qu'elle survient sur fond de déséquilibre mental.

L'hérédité est particulièrement intéressante chez cette malade.

Sa mère est atteinte de psychose hallucinatoire chronique bien systématisée avec thèmes délirants différents de ceux de sa fille. Chez celle-ci la psychose n'a jamais présenté même au début de l'affection une systématisation aussi nette. Elle a débuté par des idées délirantes de persécution à caractère interprétatif avec appoint hallucinatoire. Bientôt apparaissent des réactions anti-sociales qui nécessitent l'internement. Le syndrome mental évolue en s'enrichissant sans cesse d'hallucinations et d'interpréta-

tions nouvelles. L'attitude revendicante de cette malade, n'est pas celle d'une véritable paranoïde. Il n'existe pas d'affaiblissement intellectuel. L'incapacité sociale, l'oisiveté peuvent s'expliquer par l'activité des conceptions délirantes. Elles ne peuvent se comparer à l'inertie des déments paranoïdes en rapport avec des troubles de la volonté.

Dans un travail particulièrement suggestif, MM. DEVALLET et SCHERRER ont recherché, dans leurs services de l'Asile de Bailleul, les mères internées en même temps que leurs filles, ils se sont proposés de comparer l'aspect que revêtait l'aliénation mentale dans ces deux générations. Dix-sept couples « mère-fille », leur permirent de vérifier la fréquence de la loi de *dégénérescence progressive* de MOREL : *le trouble mental chez le descendant est plus grave et plus précoce*. Mais par contre *l'hérédité ne se manifeste pas de façon fatale* : bien des descendants demeurent indemnes. Par contre, le terrain dégénératif n'a pas paru, à DEVALLET et SCHERRER, imprimer aux psychoses des descendants de caractères bien spéciaux. Remarquons cependant que leurs cas, en dépit de leur conclusion, ne font que justifier notre thèse : trois fois seulement sur dix-sept cas, ils ont rencontré à la deuxième génération des états délirants chroniques, trois fois ils ont alors diagnostiqué des démenances paranoïdes.

OBSERVATION N° 24.

Psychose hallucinatoire sur fond de déséquilibre. Evolution progressive depuis 1919. Délire décousu à thèmes mystiques (occultisme, sorcellerie, hypnotisme), système de protection. Missions sociales. Interprétations délirantes rétrospectives. Langage compliqué. Activité très limitée. Déséquilibre familial.

MA... Marie-Louise, née le 19 octobre 1883, célibataire, entre à Maison-Blanche le 18 mars 1938, à 55 ans. Transférée à Dun-sur-Auron le 5 décembre 1938.

A. H. : Père mort à l'âge de 77 ans, mère à l'âge de 76 ans; les sœurs qui nous renseignent se présentant comme des déséquilibrées, ne donnent pas de précision sur l'état de leurs parents.

A. C. : 5 frères et sœurs vivants : 3 autres sont morts.

Une sœur de 60 ans est considérée dans son entourage comme atteinte de troubles mentaux : elle apparaît comme une délirante interprétante. Elle se montre toujours surexcitée quand elle vient voir sa sœur à l'asile, tient des propos délirants incohérents et fait à chaque visite du scandale.

A. P. : Aucun antécédent pathologique connu.

Vie mouvementée. Quitte à 25 ans ses parents avec lesquels elle est en mésentente pour partir à l'étranger. Vit d'abord pendant 5 ans en Pologne — où elle est professeur de français — puis 2 ans en Angleterre (femme de chambre), enfin en Amérique et en Australie pendant 10 ans.

Revenue en France en 1924, travaille d'abord comme interprète, puis comme bonne à tout faire et femme de ménage. Changements fréquents de place dans ses diverses professions.

La maladie semble avoir débuté en 1919 environ, pendant son séjour en Amérique. C'est à cette époque qu'elle s'affilie à une secte religieuse « la Christian Science » dont elle devient une adepte convaincue. Dès son adhésion, elle se trouve

subitement guérie de tous ses malaises physiques, ainsi qu'elle nous l'explique plus tard.

Les troubles ont évolué progressivement depuis 1919, jusqu'au jour où ils ont nécessité l'internement d'office en 1938 pour plaintes réitérées au commissariat contre les persécutions dont elle est victime.

Le certificat du Dr GOURIOU du 18 mars 1938 retrace mieux que nous le pourrions l'exposer la genèse des troubles délirants : « Est atteinte de délire chronique interprétatif systématisé mystique. En 1919, début par un accès dépressif suivi brusquement d'un état euphorique, avec impression de paix de l'âme, de béatitude, se sent intuitivement dans sa voie. Ulérieurement s'affilie à la Christian Science, intellectualise son état affectif, mais en même temps se sent en butte aux puissances du mal, idées d'influence, inhibition, pensée et parole coupées. Explication délirante : extension dans le temps (compréhension rétrospective des événements antérieurs) et dans l'espace (tendances grandioses du délire). Sorcellerie, envoûtement, ligue organisée et mondiale pour le mal, notamment la ligue Ludendorff, agissant au nom de l'occultisme oriental. Orgueil, méfiance, psycho-rigidité. Ton prédicant véhément ».

Certificat du Dr VIÉ, 7 juillet 1938 : « Est atteinte de psychose paranoïde. Délire à thème mystique (Science chrétienne, occultisme, sorcellerie, etc.). La Science chrétienne lui permet de triompher des influences qui s'exerçaient sur elle et l'empêchaient de penser. Difficulté de l'expression, pensée imprécise et inadéquate. Oisiveté, impossibilité d'une occupation suivie ».

Examen du 2 juillet 1938 :

Ton emphatique. Langage compliqué, amphigourique, peu compréhensible : expression par approximations successives.

Idées confuses de persécution à thème mystique avec système de protection. Possibilité d'hallucinations sous-jacentes. « La télépathie agit à distance pour détériorer les objets qui sont dans sa chambre, c'est pourquoi elle a porté plainte plusieurs fois au commissariat. Depuis 10 ans « elle agonise », elle est victime de l'occultisme oriental, encore ap-

pelé science soviétique. Une ligne mondiale, dite ligue Lüdendorff, organisée pour le mal, lui envoie des hypnotismes, de la sorcellerie et de l'occultisme. Dans cette ligue entrent :

1°) L'antéchrist.

2°) La ligne Tanneberg (ligue mystique du culte anti-chrétien).

3°) Le crime et le vol organisé qui s'appellent à New-York : « le Tannuyang Koall ».

Syndrome d'influence : on l'empêche de penser, on arrête sa pensée, on la modifie par télépathie.

Interprétations délirantes rétrospectives : elle sait qu'on agit sur elle depuis 14 ans environ, qu'on lui faisait perdre ses places, bien qu'elle n'en ait eu conscience que depuis 3 ans.

« Le résultat de l'occultisme, de tout ce qu'il renferme, les sciences occultes et la sorcellerie, est des plus pernicieux parce qu'ils s'infiltrèrent dans toutes les minutes de l'existence humaine ».

Système de protection : « La Christian Science », cette secte à laquelle elle s'est affiliée en 1919 en Amérique. « J'avais ma Christian Science qui me protégeait complètement, c'est grâce à ça que j'ai résisté à l'influence. J'étais suffisamment imbibée de science chrétienne pour ne pas avoir été violentée. Ils n'ont pas de réalité vis-à-vis de la Science. L'état de tranquillité absolue où je suis, j'en suis absolument maîtresse ».

Missions sociales : « Elle prie pour le bien du pays ». C'est alors que lui viennent des idées qui l'éclairent sur la situation actuelle; elle travaille pour le bien de l'humanité : « pour être utile à mon prochain, dit-elle, je veux faire le bien ».

Orientation : mémoire à peu près conservée. Se trompe tout d'abord de 2 ans en donnant son âge mais rectifie ensuite.

Activité limitée : au début ne fait rien d'autre que son lit et celui d'une voisine. Prie la plus grande partie de la journée. Incapacité d'une activité suivie; a travaillé quelques jours à

l'épluchage des légumes, mais n'a pas voulu y rester. Elle écrit par contre beaucoup pour réclamer sa sortie :

...« Si par persécution on fait allusion à celà et peut-être à l'antéchrist allusion, combien m'est-il facile de n'en plus faire la moindre mention... De même, il est entendu que l'absolution morale et totale est tout inclusive, et que personne n'en sera exclu. En un mot, qu'on me fasse voir clairement les conditions que j'ai si longtemps supplié qu'on fit connaître et je m'y soumettrai, comme je l'ai affirmé. Si on veut s'assurer de ma résolution, qu'on me donne à ma sortie au moins la possibilité de servir, si peu que celà soit et si modestement que cela soit, sur une base qui ne soit pas en conflit avec ma liberté morale et religieuse, la faculté médicale jusqu'à ce qu'on soit convaincu que je n'ai jamais mérité ce que je subis ».

« Je suis déterminée à faire ce que l'on considère nécessaire à la situation actuelle, je supplie seulement qu'on me rende à ma famille, à ma religion et à mon travail, et je ne demande qu'à prouver à tous que je ne veux et souhaite que le bien de tous, la paix et le retour à la vie normale et bien-faisante ».

Modifications de son attitude dans les derniers mois de son séjour à Maison-Blanche : n'extériorise plus ses idées délirantes, accepte de n'en plus parler pour obtenir sa sortie.

L'état de calme persistant permet le transfert à Dun-sur-Auron.

Examen physique : Rien à signaler. Ménopause depuis plusieurs années.

T. A. : 14-8 au Vaquez.

Sang : Urée 0 gr. 30 par litre.

B.-W. : négatif.

Urine : Sucre, Albumine, acétone : néant.

Les troubles à caractère paranoïde surviennent ici progressivement chez une malade présentant un état de déséquilibre constitutionnel dont les premières manifestations remontent à l'adolescence : instabilité,

incapacité de mener une vie normale et régulière. C'est en 1919, à l'âge de 36 ans, que l'état paranoïde commence à se constituer : c'est tout d'abord l'apparition de thèmes délirants mystiques, d'intuitions providentielles et surnaturelles. L'adhésion à une secte religieuse ne fait qu'intellectualiser, que fixer un état préexistant et donner au délire son orientation définitive. Celui-ci s'organise autour de ses croyances religieuses et c'est beaucoup plus tard que sont apparues les idées de persécution avec réaction anti-sociales. Notons le caractère extensif des thèmes délirants, qui témoigne d'une certaine systématisation. Mais les troubles du langage révèlent chez cette malade une profonde dissociation psychique : langage compliqué, expression par approximations successives, imprécision de la pensée, les écrits eux-mêmes sont assez incohérents. Enfin l'activité est très perturbée. Ici encore on trouve des antécédents à caractère psychopathique; et un déséquilibre familial chez au moins trois sœurs.

OBSERVATION N° 25.

DELIRE SUR FOND DE DEBILITE MENTALE

Délire mal systématisé de persécution sur fond de débilité mentale avec épilepsie. Thèmes absurdes et peu cohérents. Hallucinations et troubles cénesthésiques. Interprétations délirantes. Satisfaction pué-

rile. Troubles du caractère. Stigmates de dégénérescence. Thyroïdectomie.

NAIL... Marie, Vve GAM..., concierge, née le 15 janvier 1890, est placée d'office à Maison-Blanche, le 15 février 1940.

A. H. : N'a jamais connu ses parents. Appartient à un milieu social très fruste.

Renseignements donnés par la malade sur son passé : Elle a vécu pendant son enfance et son adolescence dans un hameau perdu de la Dordogne, où elle était placée comme gardeuse de moutons. N'est allée à l'école que pendant une saison d'hiver et n'a pu apprendre ni à lire, ni à écrire.

Venue à Paris à 30 ans, s'y marie 2 fois. Le 2^e mari, buveur et paresseux, est mort alcoolique en 1938.

Vie de misères et de privations à différentes reprises.

3 enfants : 1 fils de 27 ans; 2 filles de 14 et 16 ans : tous bien portants et nés à terme. Pas de fausses couches.

Antécédents pathologiques : (Toujours d'après les dires de la malade). A 17 ans, pendant la période de la formation, crises épileptiformes. Reprise des mêmes crises, à l'époque de la ménopause, il y a 4 ans environ. Elles sont caractérisées par une perte de connaissance précédée d'aura (claquements dans le cerveau) avec émission involontaire d'urines et morsure de la langue. Au réveil, obnubilation passagère et amnésie.

Crises régulières : 1 par mois, d'après Mme NA...

Depuis le début de l'internement, après administration quotidienne de gardénal, aucune crise n'a été constatée. Quelques vertiges.

Le 14 mai 1939 (?) : Quelques jours avant l'internement Opération à la Pitié, d'un goitre congénital qui lui avait occasionné quelques troubles. Il l'étouffait, dit-elle, depuis la suspension de ses règles.

Début des troubles mentaux impossible à préciser.

Certificat, D^r PICHARD, 9 juin 1939 :

« Présente un délire de persécution. Aspect diffus et stu-

pide des thèmes délirants. Syndrome hallucinatoire vague, éléments d'automatisme mental, hallucinations olfactives, interprétations délirantes à thème hypocondriaque semblant avoir précédé la construction délirante. Idées mal organisées de persécution et d'influence. Sentiment de mystère ambiant. Troubles datant de 4 ans environ. Opérée à cette époque d'un goitre. Depuis, elle a l'impression que quelque chose remue dans son ventre, elle devait avoir une fibre reliant le corps thyroïde à l'ovaire, on l'a coupé, ce fil s'est pelotonné et a formé une grosseur abdominale; elle étouffe, elle a des angoisses comme si elle pourrissait. On lui envoie des odeurs infectes (de mort, d'encens de mouton, et des goûts bizarres dans sa bouche). On la fait agir et on l'oblige à s'énervier; il doit y avoir sur elle un appareil d'espionnage, qu'elle n'a jamais vu — mais dont elle sent l'existence; peut-être est-ce pour la guérir — Réactions dépressives, tristesse, anxiété, gémissements, turbulence; exige qu'on l'opère et qu'on lui ouvre le ventre; opposition, refus de médicaments. Epilepsie paraissant évoluer depuis l'âge de 17 ans, crises convulsives traitées au gardénal, petites absences; impulsivité coléreuse, inégalité pupillaire $G > D$. L. C. R. normal ».

Certificat, D^r Vié, 17 juin 1939.

« Est atteinte de débilité mentale avec idées hypocondriaques, récit de crises épileptiformes qui auraient eu lieu au moment de la formation et seraient réapparues depuis 4 ans au moment de la ménopause.

Cicatrice d'opération pour goitre qui aurait été faite le mois dernier. Hallucinations olfactives et gustatives, ayant remplacé les crises depuis cette opération. Sensation de boule abdominale. Interprétations puériles, récit de cauchemars. A maintenir. »

Examen actuel : Jovialité. Satisfaction. Subexcitation. Se prête aisément à l'interrogatoire. Loquacité décousue.

Délire en rapport avec son goitre et basé sur un souvenir d'enfance : « C'est tout un mystère parce que j'avais dit non au docteur qui m'avait pris en protection... je sais

et je ne sais pas... A 6 ans, on m'a fait une saloperie, on m'a appliqué pendant 40 jours un écheveau de laine qui avait servi à châtrer un mouton. Je l'ai vu parce que je gardais les moutons à la campagne. On me l'a mis sur le cou tout chaud, c'est de là que vient le malheur de ma vie. D'où vient que je n'ai plus de crises et que depuis mon cerveau s'est développé, et que je suis à même de répondre à beaucoup de choses sur les saloperies de la vie. Quand on vous fait un trafic sur votre personne, ça change, c'est de la contrebande d'expérience. C'était un assassin que j'étais dans moi, un mouton quoi ! Il me semble que quelque chose m'attrape, ça roule dans mon ventre comme une grosseur. Du goitre il y avait une fibre qui allait à l'ovaire gauche et qui s'était entortillée comme ça (geste). Il m'étouffait. D'abord c'est du vice, parce que c'est du vice ce qu'on a fait pour me délivrer de mes crises ». En effet, le médecin lui aurait prescrit de la Coramine, qui aurait fait naître chez elle des sensations sexuelles.

Hallucinations olfactives rétrospectives : « J'ai été mise dans la chambre à gaz, ça me prenait à la gorge, il y avait un parfum, des choses que je ne pouvais définir ». A l'entrée, se plaignait d'odeurs de fumier, de mouton.

Quelques interprétations délirantes absurdes : « J'étais encore vierge, tout en étant mère et en ayant 2 enfants, parce qu'à l'hôpital, les infirmières et un peu tout le monde mettaient des fleurs d'oranger à leur boutonnière. »

Vanité puérile : « Je veux à mon âge un diplôme d'honneur et de propreté. A la Sorbonne on me donnera un diplôme. Je répondrais même à l'Académie universitaire, c'est là où il y a tous les Docteurs, tous les professeurs, Pasteur, tous les savants qu'il y a dans le monde. »

Débilité manifeste : Connaît tout juste son âge et sa date de naissance. Bien orientée. Ne sait ni lire, ni écrire.

Comportement habituel : Soliloques bruyants. Déclame en regardant le soleil. Opposition : refus de médicaments par crainte d'empoisonnement. Crises coléreuses. Légère amélioration des troubles du caractère depuis quelques mois.

Travaille régulièrement à la buanderie. Au quartier, tricote des chaussettes.

Propreté peu raffinée.

Bien adaptée.

Examen physique :

Stigmates de dégénérescence multiples. Taille 1 m. 35. Doigts courts. Voûte ogivale.

Incisure de la partie interne du rebord de la narine gauche qui paraît cicatricielle, peut-être reliquat d'un lupus érythémateux.

Cicatrice de thyroïdectomie.

Système nerveux : Pupilles inégales $D > G$. Réflexes pupillaires normaux. Tremblement des doigts.

Cœur : T. A. : 12 1/2-9 au Vaquez.

Appareil génital : Régulée à 17 ans.

Reprise des règles en Avril dernier après 2 ans d'aménorrhée.

Examens biologiques :

Urines : Sucre, albumine, acétone : néant.

Urée sanguine : 0 g. 40 par litre.

Il s'agit ici d'un délire de persécution qui, par sa mauvaise systématisation, l'absurdité et l'incohérence des troubles délirants revêt l'allure d'un syndrome paranoïde. Ces différents caractères doivent être rapportés à une cause essentielle : la débilité profonde du sujet chez qui s'est développé le délire. Ce cas entre dans le groupe des « fausses démences paranoïdes » décrites par NAYRAC. L'incohérence de la pensée est très marquée, des troubles cénesthésiques, des interprétations délirantes absurdes viennent s'ajouter aux idées de persécution. Mais la malade est bien adaptée à l'ambiance, elle travaille régulièrement avec activité, elle est satisfaite de son sort. Son

euphorie niaise ne saurait être prise pour la discordance. Les troubles du caractère et du comportement, d'ailleurs améliorés, sont du type de ceux que l'on rencontre chez les débiles dégénérés.

Plusieurs points méritent ici d'être soulignés.

1°) les stigmates multiples de dégénérescence qui pourraient être en faveur d'une hérédosyphilis.

2°) l'existence de crises d'épilepsie, aux étapes importantes de la vie génitale.

3°) Cette malade était de plus porteuse d'un goître congénital qui avait évolué depuis la ménopause, et dont l'ablation a été faite un mois environ avant l'internement.

4°) Enfin le caractère archaïque et naïf de cette ancienne gardienne de moutons périgourdine. Dans sa maladie, de vieilles superstitions locales ont émergé du psychisme lointain de son enfance, et comme c'est souvent le cas dans les délires des primitifs, il faut s'adresser au folklore pour retrouver la clef de propos qui, au premier abord, présentent un sens mystérieux.

PSYCHOSES PARANOÏDES ET EVOLUTION PERIODIQUE

OBSERVATION N° 26.

Psychose paranoïde. Evolution par poussées successives. A 20 ans, crise de dépression mélancolique. A l'âge de 34 ans, constitution d'un état dépressif à la

suite de chocs émotifs, suivi d'agitation de 1932 à 1934. Séquelles actuelles : délire incohérent avec idées de persécution, idées de grandeur, hallucinations, sentiment de transformation corporelle. Phases de dépression épisodique et d'agitation impulsive de temps à autre. Inactivité totale.

G... Adrienne, née le 5 septembre 1898, sans profession, entrée à Maison-Blanche, le 12 décembre 1932.

A. H. : Pas de renseignement.

A. C. : Mari mort de tuberculose pulmonaire.

A. P. : 2 fausses couches provoquées à 22 et 27 ans.

1 fille de 20 ans bien portante.

Histoire de la maladie :

A l'âge de 20 ans, pendant sa première grossesse, état dépressif passager. Dans l'année qui précède l'internement de 1932, chocs émotifs et affectifs : perte accidentelle d'un petit garçon de 6 ans 1/2 qui se fait écraser sous ses yeux par un camion.

Ennuis conjugaux : Elle est mariée depuis 12 ans avec un homme de 25 ans plus âgé qu'elle, buveur, irritable et violent. A chaque instant, il l'menaçait de l'abandonner, battait sa fillette, faisait des dettes. Plusieurs tentatives de suicide en 1932 : asphyxie par le gaz, submersion (d'ailleurs elle sort de l'eau seule, sans aide).

Certificat d'internement du 9 décembre 1932. D^r SIMON.

« Présente un état mélancolique avec idées de persécution. On l'accuse à Colombes d'avoir discrédité le Stade et son mari ne veut plus d'elle; larmes et insomnies; tentatives répétées de suicide. Choc moral en 1931 : garçon écrasé par un camion. Idées de suicide à 20 ans, lorsqu'elle est enceinte de sa fille. Maigreur. »

Notes prises en 1932 :

On dit du mal d'elle et de son mari, elle gêne ses voisins et les empêche de retourner dans leur foyer. Demande à aller au pavillon d'agitées pour qu'on lui permette de sortir.

Refus d'aliments épisodique.

Inactivité.

Depuis 1932 : Evolution progressive : l'anxiété diminue en 1934, elle commence à travailler au ménage régulièrement.

En 1936, des idées bizarres surgissent : rien ne l'intéresse hormis les sports, elle manifeste le désir de patiner et de jouer au ballon.

Très indifférente : ne décachète pas les lettres de sa fille.

Hallucinations auditives : voix de son mari décédé qui vient lui parler la nuit. Le chauffeur du calorifère est amoureux d'elle.

En 1937 : Rit sans raison, parle seule, mais travaille régulièrement à l'atelier de couture.

Comportement de plus en plus bizarre. Elle croit voir des hommes sous son lit. Excitation, déclame, réclame sa sortie. Menaces envers le personnel. C'est dès lors son attitude habituelle.

Certificat de transfert du 10 juin 1937. D^r PASCAL : Démence précoce à forme paranoïde.

Examen actuel : Malade négligée, irritable, difficile à interroger.

Délire peu cohérent : « elle se trouve en captivité et séquestrée pour les conditions spéciales des expériences personnelles, on croyait ainsi la perdre et la semer. C'est le président du Racing Club de France qui est responsable de son internement. Il a voulu jouer à Napoléon avec moi. Non seulement il avait escroqué la société mais rompu le commerce avec les alliés et ruiné les petites familles françaises. Pour pénétrer à l'Asile, il se déguisait et jouait à l'Interne. »

Thème mégalomaniac : L'Asile lui appartient, tout son argent est placé ici. Elle possédait 15 milliards qui ont été employés à construire la nouvelle Maison-Blanche.

Elle représente la souveraine du Racing-Club de France, elle est avocate et doctoresse diplômée sortant du quartier latin à 18 ans. Elle est la République Française associée

d'une Maison de Sports, c'est une société de capitalistes. Elle est capable d'assurer les fonctions de 17 grands hommes gouverneurs généraux aux ministères. Elle est bien plus haut placée que le Président de la République auquel elle a laissé un tablier de femme de ménage en attendant sa libération.

Méconnaissance de la mort de son mari qui n'est qu'un imposteur, son véritable mari étant M. X... le premier avocat de la haute cour. Elle est victime de 2 divorces ignorés : « Ce sont les dames qui se laissaient vivre de mon exposition et de ma prohibition. Elles se laissent entretenir par un président voisin. »

Thème d'agression corporelle : « On vous surprend, on vous guette dans le coin, et on vous abat. Ma fille de 21 ans a été tuée, j'ai trouvé un corps et 2 épées. »

Hallucinations auditives : Menaces, insultes. « Il faut la faire supprimer, la faire couper, l'exposer au public et la laisser dégénérer. »

Hallucinations cénesthésiques et syndrome d'influence : On lui a fait environ 500 piqûres d'animaux, elle est comme un vieux chat qui se promène et cause tout seul. Elle a été inoculée au venin de crapaud vénéneux par sorcellerie.

On l'endort la nuit : « Ils viennent vous mirer votre cerveau, vous mettre un masque et vous prendre votre pensée pour faire l'exposition de la prohibition et pourtant c'est défendu ». « On essaie de me faire marcher comme un pantin par somnambulisme et par la transmission des rêves. Je suis victime de la transmission de pensée, l'humanité entière est au courant de ce que je pense ».

Sentiment de transformation corporelle : « Ils vous envoient des rayons naturels qu'on ne peut accepter pour vous enlever votre visage et vous donner la figure d'un chien ou d'un singe. Le lendemain matin au réveil on s'en aperçoit, nous étions méconnaissables. »

Mémoire bonne, mais a oublié tout ce qui se rapporte au début de sa maladie; nie les tentatives de suicide.

Résoud correctement des problèmes simples.

Bien orientée : connaît le nom de la maison, du pavillon. Donne la date d'entrée à l'Asile, la date actuelle.

Ne connaît ni le nom, ni la fonction des infirmières qui l'entourent. Ne se lie pas avec les autres malades. Se désintéresse également de sa fille.

Comportement des plus bizarres : tenue toujours négligée, mais se donne quand même quelques soins de toilette. Fait son lit.

Inactivité totale. Bruyante. Soliloques à voix haute — volontiers impulsive.

Examen physique : Très mauvais état général. Amaigrissement. Alimentation d'ailleurs difficile.

Système nerveux : pupilles et réflexes normaux.

Cœur : A la radio, augmentation de volume du ventricule gauche, mais aucun signe clinique d'insuffisance ventriculaire gauche.

T. A. : 11 1/2 - 6 au Vaquez.

Poumons : Radiographie : Tramite péri-hilaire bilatérale en 1937.

Appareil génital : Aménorrhée de 1932 à 1934. Règles normales et régulières actuellement.

Examens biologiques :

B. W. : Moyennement positif dans le sang au 1^{er} examen; négatif aux examens répétés ultérieurs.

Divers traitements antisypilitiques sont restés sans effet sur l'état mental.

On se trouve ici en présence d'une malade dont les accès successifs ont laissé à leur suite des reliquats de plus en plus graves. A 20 ans, le premier accès dépressif ne laisse que des séquelles légères : cependant que la jeune femme vient à Paris mener une vie bizarre. Le deuxième accès est suivi d'indifférence, de rires sans raison. L'anxiété a disparu, mais des conceptions délirantes persistent : la malade se

croit soumise à une vie collective à laquelle elle s'abandonne. Depuis 1936 et surtout 1938, elle est excitée, impulsive, avec des moments de franche agitation. Ce cas se trouve à la limite de la démence précoce. Dans cette affection aussi, des cas à évolution périodique suscitent des problèmes analogues.

Notre malade suivante pose d'une façon plus nette la question des rapports entre les états paranoïdes et la psychose périodique.

OBSERVATION N° 27.

Psychose paranoïde avec bouffées d'excitation du type maniaque. Délire confus de persécution. Thèmes imaginatifs basés sur de fausses reconnaissances. Incohérence du langage et des écrits. Activité utile bien conservée.

MA... Justine, femme Fij..., née le 7 mai 1892.

A. H. : totalement inconnus.

A. P. : 1 fille née en mars 1915, morte à l'âge de 1 mois. Suites de couches fébriles, curetage, phlébite, albuminurie. Kyste sébacé de la nuque en 1935.

3 internements successifs :

1^{er} internement du 24 avril au 6 décembre 1931 à l'âge de 39 ans.

Certificat du Dr LOGRE, 21 avril 1931.

« Est atteinte d'obtusion, hébétude. Réponses vagues et à côté. Puérilité. Ton de petite fille. Onirisme nocturne avec anxiété. Grimpe aux fenêtres. S'agite et crie. Paraît ne pas s'en souvenir. Possibilité d'état comitial. Tremblement digital et lingual. Réflexes tendineux vifs. Pas de morsure de la langue. Aurait eu déjà trois ou quatre crises avec idées de

persécution, d'après le mari, crises durant quelques heures. Excitation nocturne. Refus d'aliments ».

Sortie améliorée en décembre 1931.

2° *internement* : 5 octobre 1932 au 3 juillet 1933.

Certificat, Dr GOURIOU : « Est atteinte d'excitation maniaque. 2° accès. Forme atypique : puérilité dans son langage et dans les écrits, érotisme, rappel confus de souvenirs anciens, mobilité de l'attention et de l'humeur, désordre des actes, plaintes des voisins, quelques idées de persécution. A maintenir ».

Quelques idées de grandeur : « Je ne suis pas Mme Fij., mais je suis Mme de Sypiorska. La mère de mon mari était comtesse ».

Troubles cénesthésiques : courants électriques dans le bras.

Fuite des idées, propos incohérents. Tenue désordonnée. Gestes obscènes. Masturbation.

Amélioration en février 1933. Sortie en mars 1933 : *Certificat de sortie*. Dr GOURIOU : « Pspchose paranoïde avec bouffées d'excitation. Amélioration de son accès ».

3° *internement* : 17 août 1933 motivé par des troubles du caractère et du comportement : bat son mari, lui reprochant de l'avoir fait interner 2 fois. Crises de colère.

Certificat, Dr DEMAY, 21 août 1933.

« Psychose intermittente. Etat actuel d'excitation maniaque; loquacité; bavarde sans arrêt; passage d'un sujet à l'autre sans transition. Méconnaissance de l'état morbide. Insomnies. A maintenir ».

Examen actuel maniérisme, ton puéril, un peu condescendant. « Vous ne pourriez pas me comprendre ». Propos décousus. Stéréotypies dans ses récits oraux comme dans ses écrits. Evocation de souvenirs anciens. Fautes de syntaxe.

Idées confuses de persécution : « Nous sommes victimes de méchants voisins, commères, hommes paresseux, voleurs. J'ai été prise par la Préfecture parce que j'étais voisine avec M. Simon H..., médecin de l'admission. J'étais malade, il a remplacé mon mari pour m'emmener à Rousselle le jour des rameaux 31.

J'étais très malade, j'étais maman de la première tourmente

15, dans des conditions pénibles. J'ai été accouchée par un grand docteur, je portais ma petite Hélène, j'avais des syncopes 18 ans. Par suite de toutes les peurs, j'ai été paralysée, mais je n'ai jamais eu d'idées imaginaires, j'ai toute ma lucidité et il n'y a pas de raison que je reste ici.

M. Simon 31 qui m'a fait interner s'est présenté au commissariat, il n'a pas agi lui-même, j'ai été mitoyenne avec lui pendant 13 ans, j'habitais Rue Auguste Chabrière. Il me cause par un petit message... il a marié sa fille à M. Dufour de Piémont. J'étais « stable » auprès de mon mari depuis janvier 1919 comme je suis stable à la couture depuis 13 ans. Mon mari avait eu un poumon perforé, il était tombé malade en 1923, il avait fait de la pleurésie pendant la première tourmente, il a été condamné des poumons à la 2^e période à Cochon ».

Probabilité d'hallucinations auditives et olfactives épisodiques, ainsi qu'elle l'écrit dans une lettre « Suis au courant de bien des choses par la T. S. F. Mais enfin que faisait-il chez le voisin pour que ça sente si mauvais ?... avec ça ils causent très haut, on entend tout ».

Nombreuses fausses reconnaissances :

Ma sœur travaille avec elle à la couture.

M. X..., médecin de l'admission était son voisin. C'est aussi le brigadier de gendarmerie qui la fait entrer à Ste-Anne.

L'un des médecins-chef de Maison-Blanche la connaît très bien puisqu'il est de son pays... sa famille connaît la sienne depuis très longtemps.

Elle a vu aussi à Maison-Blanche « le chirurgien-chef de l'aciérie de Longwy ».

Satisfaction puérile d'elle-même : « On me trouvait assez intelligente pour être infirmière. Je devais avoir le voile il y a 8 ans, M. Gou... a voulu me voiler, j'aurai dû accepter le voile, c'est pourquoi j'ai été reprise et internée. M. Simon voulait à toute force me faire rentrer dans le personnel.

Revendications continuelles. Ecrits pour demander sa sortie. Menaces contre les persécuteurs. (Voir lettre ci-dessous).

Bien orientée dans le temps et dans l'espace. Mémoire bonne.

Comportement dans le service :

Habituellement calme. Travail régulier à l'atelier de coutures, travaux de couture soigneusement exécutés. Propre, coquette, soignée.

Au moment des règles, périodes *d'excitation du type maniaque*, avec paroxysmes délirants. Loquacité, désordre des actes.

Le 29 avril 1940, on doit l'avertir du décès de son mari (tuberculeux). Elle se lance dans un monologue très long sans tonalité émotive apparente, elle repasse toutes les circonstances de sa vie. Les périodes de son monologue se terminent toutes par cette phrase qui les scande comme un leitmotiv « mais cela ne me rendra pas mon mari ».

Lettre : « Ce mercredi 12 juillet 1937 — à Monsieur le Médecin chef, pour bien me comprendre — parce que la même sincérité à M. le Dr Gou, 4 octobre 1932 — qui m'avait connue très malade en 1931 — étant très déprimée suite de beaucoup de peines, j'ai été internée le jour des rameaux en avril 1931 — et lucide pourtant, toujours cependant avais-je toujours raison et seulement besoin d'un grand réconfort. Mon mari ayant contracté pendant la tourmente 1916 un peu de pleurésie et stable à mes côtés à Paris depuis 1919; puisqu'il pratique de son métier Modeleur mécanicien avait été très malade au début de 1924, congestion pulmonaire (bacille de Koch 2^e période) son dossier à l'hôpital Cochin, juillet 1924, état général très mauvais. Condamné, avait repris quand même confiance et enfin à domicile et nos frais je m'étais de 1924 à 1928 beaucoup trop privée pour que lui ne manque jamais de rien, nos familles ne m'auraient jamais compris — puisque suralimentations et soins particuliers une grande hygiène — mais mes voisins de domicile depuis juillet 1921 à 1934 étaient M. Simon qui était docteur à l'admission Ste-Anne; voyez nos familles se connaissent depuis trente ans et m'aiment comme ses trois enfants majeures et sa femme — *solutions.*

J'étais donc ici très déprimée en avril 1931 — sortie en décembre 1931, mais ne me sentant pas très bien quelques syncopes malgré quatre mois dans mon foyer de grands

soins et un peu de repos. Mon mari me remettait ici six mois pensionnaire volontaire — je lui faisais toujours comprendre que j'avais été internée pourtant lucide et pendant son absence — puisque toujours stable à son travail et enfin M. G. Dr prédécesseur me comprenant et ma volonté de ne pas me plaindre — que par écrit le 4 octobre 1932 sincérité; lui-même m'envoie à la Direction accompagnée de mon mari et de Mme Infirmière ici et enfin sans occupations puisque encore malade j'ai été opérée d'un kyste à la nuque le 25 juillet 1935 et m'étais très bien remise, opérée par M. Piqué Raty, 72 ans, chirurgien-chef; de ma main à lui-même un petit courrier si gentiment et le rassurer sur mon état général toujours bon — je connais ce père depuis très longtemps, mon enfance et stable à l'atelier de couture depuis fin d'août 1933, rentrerai-je bientôt dans mon foyer — *très lucide.*

Dossier de la tourmente 1914-1918.

J'étais dans ma famille à Longwy et très malade pourtant tant de courage.

Maman du 15 mars 1915, accoucheur à domicile M. Syp, père chef chirurgien des aciéries de Longwy.

Maman du 15 mars 1915 — scies, forceps — un rein blessé les suites si longues — albumine le 17 — fièvre puerpérale et curetage. Ambulance à l'hôtel-Dieu le 19-20; 2 phlébites 6 semaines; sondage d'urine une dizaine de jours, diète complète, mais très malade. Derniers sacrements 4 avril 1915 — tamponnée : 10 mois après sans règle et épuisée quelques fortes syncopes et plusieurs mois anémie cérébrale, régime assuré 2 litres de lait pendant 2 ans grand repos. Ma petite Hélène née du 15 mars très forte et très belle décédée 16 avril 1915.

J'avais beaucoup de chagrin, mais toujours tant de courage pour ma famille; tous les nôtres que j'aime affection de toujours qui ont compris mon innocence de vive voix ici depuis auprès d'eux en famille, septembre 1933 — et enfin mon mari ma visite toujours par sagesse, très souvent, et a demandé ma sortie depuis deux ans — août 1937. Et enfin pour bien me comprendre sans indiscrets — j'ai écrit à la

préfecture par sagesse et devoir il y a de ça deux ans, à M. Georges Chuillet, 52 ans, Médecin 1^{er} Honoraire, Infirmerie spéciale du dépôt Paris 4^e — *Guide des Indes* — lui-même au courant de tout et causerie familiale ici salle des fêtes — sa maman était auprès de moi pendant la tourmente 1914 — et enfin ici atelier de couture, mais comprendra-t-il lui-même mon innocence, pourquoi toujours ici stable pour quelques migraines, méritais-je vraiment d'être prisonnière déjà huit années — avril 1931 et enfin 1939.

Croyez à toute ma sincérité et veuillez agréer toute ma reconnaissance.

Pensionnaire Justine MA... »

Examen physique : strabisme de l'œil gauche. Migraines très fortes parfois avec vomissements, ne coïncidant pas toujours avec les règles bien qu'à peu près mensuelles.

Système nerveux : Réflexes pupillaires normaux. Réflexes tendineux vifs.

Appareil génital : réglée à 18 ans, règles irrégulières espacées, période de la ménopause.

Urée sanguine O. G. 40 $\frac{0}{100}$.

B. W. négatif dans le sang.

Cette malade est atteinte de psychose paranoïde avec bouffées épisodiques d'excitation maniaque. Le diagnostic d'excitation maniaque atypique est porté sur l'un des certificats du premier internement : la discordance, la puérilité du comportement et du langage ne cadrent pas avec un état d'excitation maniaque pur. Quelques mois plus tard, le diagnostic de psychose paranoïde peut être porté : la malade n'est plus en période d'excitation, le fonds psychique apparaît plus nettement.

Actuellement les périodes d'excitation à type maniaque sont plus espacées, elles surviennent au mo-

ment des règles seulement. La dissociation du psychisme, les troubles du courant des idées apparaissent plus nettement. Les troubles du langage sont particulièrement frappants, la malade s'exprime sur un ton grandiloquent, emploie des mots compliqués détournés de leur sens. Ses expressions sont stéréotypées, l'inversion des tournures de phrases, l'absence d'article, l'expression par métaphores, sont constants. Les propos sont décousus et cette loquacité ne ressemble guère à la fuite d'idées d'une maniaque en raison de son caractère stéréotypé. Les illusions de fausses reconnaissances jouent le rôle principal dans la constitution des revendications délirantes.

Par ailleurs, il s'agit d'une malade bien adaptée, capable d'un travail régulier à l'Asile, mais pour qui la vie au dehors n'est pas possible en raison des troubles du caractère et du comportement.

Nous ne saurions passer en revue tous les travaux suscités par les rapports de la psychose périodique avec les affections délirantes. HALBERSTADT, groupant les syndromes anormaux au cours de la psychose maniaque dépressive, réserve un chapitre spécial aux « syndromes schizophréniques » et aux « syndromes délirants ».

M. CAPGRAS et ses élèves, en particulier P. ABÉLY ont consacré à ces points de nombreuses études. Ils invoquent eux aussi le rôle de la dégénérescence. Ce sont, disent-ils, des manies et des mélancolies dégénératives que l'on prend aujourd'hui pour des discordances démentielles. M. CAPGRAS a étudié sur le nom

de Paranoïa maniaque dépressive, des cas mixtes qui se déroulent sur un fond dégénératif complexe. Et dans un travail inédit, destiné à la Fondation de l'Hébéphrénie, il assigne la même pathogénie aux psychoses atypiques qui prennent si souvent l'aspect paranoïde et conclut « l'assemblage de symptômes hétéromorphes ne révèle pas l'association de plusieurs psychoses, mais la nature particulière du terrain ».

CONCLUSIONS

1°) L'histoire des états paranoïdes commence avec la Démence paranoïde de KRAEPELIN (1883). Elle est liée à toutes les fluctuations de la pensée de KRAEPELIN, qui n'a pu limiter cette forme du côté des délires hallucinatoires mal systématisés et qui est arrivé à les y englober tous.

Entre la Démence précoce d'une part et d'autre part les Délires systématisés à forte armature intellectuelle [délire d'interprétation, de revendication, ou hallucinatoire sans affaiblissement dissociatif (type Gilbert BALLEZ)], existe une large gamme de délires hallucinatoires que les auteurs ont à de nombreuses reprises tenté de défricher. Les paraphrénies de KRAEPELIN (1899), la psychose paranoïde de TAMBURINI (1900), n'ont pu se faire universellement reconnaître.

2°) Depuis la doctrine des Schizophrénies de BLEULER qui englobe avec la Démence précoce tous les délires chroniques, la notion de Paranoïde a évolué dans le sens d'un syndrome clinique, ou d'une « structure » psychopathologique qui désigne les délires hallucinatoires surtout psycho-moteurs et cénesthésiques, mal systématisés, avec conceptions fantastiques, dissociation de la pensée et incohérence du langage. Ces affections évoluent vers la formule des démences vésaniques dont MM. VIÉ et VILLEMEZ ont essayé de faire le démembrement.

Nous estimons avec l'école de Lille (RAVIART, NAY-RAC) qu'il y a intérêt à dissocier ce syndrome paranoïde, et à en rattacher les éléments constitutants aux entités morbides dont ils relèvent.

3°) Une première catégorie répond aux formes ou aux stades paranoïdes de la Démence précoce, décelés par la présence des signes fondamentaux de catatonie et de discordance (comprise comme une dissociation fragmentaire des éléments fonctionnels sur un fond de dystonie énergétique allant du pôle de l'hyperkinésie à celui de l'akinésie).

4°) Dans un second groupe nous rangerons la forme psycho-motrice de la psychose hallucinatoire chronique caractérisée dans sa période d'état par l'intensité des hallucinations psycho-motrices et cénesthésiques, les conceptions d'influence, les délires hypocondriaques, les thèmes de transformation viscérale, et d'emprise de la pensée.

Par opposition aux formes à prédominance auditive, qui orientent le malade vers le dehors, les formes psycho-motrices le dirigent vers l'intériorisation et l'autisme.

L'évolution se fait vers une dissociation spéciale, bien différente de celle de la démence précoce et qui détache le malade du réel, le fait vivre dans un domaine virtuel.

5°) Nous avons essayé de déterminer la valeur des facteurs étiologiques : la puerpéralité vient au premier rang et semble un facteur dissociant actif. Il

existe des formes paranoïdes de paralysie générale, qu'on observe le plus fréquemment après l'impaludation; le rôle de la syphilis (en dehors de la paralysie générale), celui de la tuberculose sont beaucoup plus discutables. Les formes paranoïdes de l'encéphalite épidémique ont un cachet spécial. Enfin on observe des délires paranoïdes dans l'alcoolisme et dans les confusions mentales d'origines diverses.

6°) Dans tous ces cas on relève à côté du facteur toxi-infectieux, l'importance du *terrain* sur lequel la psychose se déroule. Achille FOVILLE père avait considéré la dégénérescence comme un facteur d'aggravation pronostique. LEGRAIN englobait dans les délires des Dégénérés toutes nos formes paranoïdes. La débilité mentale, le déséquilibre mental, les tares de l'hérédité psychopathique prédisposent à l'incohérence et à la dissociation lors des poussées répétées d'affections mentales ultérieures.

Ces faits redonnent une valeur nouvelle à la conception de la Dégénérescence de MAGNAN, non plus sur le plan nosologique, mais sur le plan étiologique; ils permettent une explication du cachet atypique et de l'évolution dissociative des psychoses sur des terrains spéciaux.

Vu : Le Président de Thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Vu et permis d'imprimer :
G. Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

- ARSIMOLES et HALBERSTADT. — Sur quelques syndromes mentaux dûs à la Syphilis cérébrale. *Rev. neurol.*, 1912, II, p. 482.
- BAILLARGER. — Recherches sur les maladies mentales. Paris 1890.
- BALVET (Paul). — Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde. *Thèse Lyon*, 1936.
- BLEULER. — Dementia praecox oder groupe der Schizophrenien. (*Traité de Psychiatrie d'Aschaffenburg*, 4^e partie, T. I).
- BURSTIN (J.). — Schizophrénie et mentalité primitive. *Thèse Paris*, 1935.
- CAPGRAS. — Les limites de la démence précoce. Mémoire pour la Fondation de l'Hébéphrénie (inédit).
— Psychose mixte, paranoïa maniaque dépressive. *La Sem. des hôpitaux*, 15 juil. 1933.
- CARRAZÉ. — Contrib. à l'étude des délires à terminaison démentielle rapide. *Thèse Bordeaux*, 1923.
- CENAC. — Les glossolalies. *Thèse Paris* 1925, Jouve.
— Logorrhée néologique chez une malade atteinte de délire hallucinatoire chronique. *Soc. clinique Méd. Mentale*, 19 mars 1923.
- CHALIÉ (J.) et FROMENT (R.). — L'encéphalite typhique. *Journ. de Méd. de Lyon*, 5 juin 1930.
- CHASLIN. — Le groupe des folies discordantes (Eléments de sémiologie et de clinique mentales, 1912).
- CHATAGNON (P. A.), SCHERRER et CHATAGNON (C.). — Les psychoses intermédiaires entre la démence précoce et la Maniaque-dépressive. Importance du bilan des fonctions vitales. *Société médic. psychol.*, 1938.
- CHATAGNON (P. A.). — Introduction à l'étude pathogénique

- de la démence précoce. Le facteur d'involution précoce lié à l'hérédité. La démence précoce problème bio-chimique. *Ann. méd. psychol.*, Février 1940..
- CLAUDE (Prof. H.). — Démence précoce, schizomanie, schizophrénie. *Encéphale*, Oct. 1924.
- Les psychoses paranoïdes. *Encéphale*, Mars 1925.
- Troubles du langage dans la démence précoce et syndrome de Ganser. *Concours médical*, 14 avril 1929.
- Paraphrénie et Psychose paranoïde. *La Semaine des Hôpitaux*, 1933, p. 417.
- CLAUDE et EY. — Etats hallucinatoires à type schizophrénique de l'encéphalite épidémique chronique. *Encéphale* 1933, II, p. 485.
- Troubles psycho-sensoriels et états oniriques dans l'Enc. épid. chronique. *Presse Médicale*, 16 août 1933.
- CLERC (Pierre). — Le délire fantastique. *Thèse Lyon*, 1925.
- COURTOIS (A.). — Certains agents étiologiques des syndromes de démence précoce (d'après 200 observations). *Ann. Méd. psychol.*, 1935, II, p. 51.
- DELMOND (Jacques). — Essai sur la schizophrénie. *Thèse Paris*, 1935, Le François.
- DENY. — Les démences vésaniques. *Rapp. au Congrès des aliénistes*, Pau 1904.
- La démence précoce. *Traité internat. d'Aug. Marie*, 1911.
- La démence précoce. *Traité de pathol. médic. de psychiatrie de Sergent*.
- DESRUÉLLES (M.). — Rapport sur la classification des maladies mentales. *Congrès de Lyon*, 1934.
- DEVALLET et SCHERRER (P.). — Hérédité vésanique et dégénérescence mentale. *Gazette des Hôpitaux*, 20 mai 1939.
- DIDE et GUIRAUD. — Psychiatrie du Médecin praticien, p. 255, Paris, Masson 1922.
- DUBLINEAU. — Signification psychopathologique de la schizophrénie: *Evol. psychiatr.*, 1935.
- DUFOURT et FROMENT (R.). — Complications et séquelles nerveuses de la typhoïde. *Lyon Médical*, 13 mai 1934.
- DUPONT (Albert). — Contribution à l'étude de la démence précoce syphilitique. *Thèse Paris*, Le François.

- ESQUIROL. — Maladies mentales. Tomes I et II, Paris 1838. Baillière.
- EY (Henri). — Paraphrénie expansive et démence paranoïde. (Contribution à l'étude des psychoses paranoïdes). *Société Médico-Psychol.*, 24 fév. 1930.
- Les états paranoïdes. *Semaine des Hôpitaux*, Juillet 1931, p. 430.
- Etat actuel des problèmes de la démence précoce. *Ev. psychiatrique*, Décembre 1934.
- Quelques aspects de la pensée paranoïde et catatonique. *Evolution psychiatrique*, Décembre 1936.
- EY (Henri) et ROUART (J.). — Essai d'application des principes de Jackson, à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie. *L'évolution psychiatrique*, Mai, Juin, - Juillet, Août 1936.
- EY (Henri) et Mme BONNAFOUS. — Etudes cliniques et considérations nosographiques sur la Démence précoce. *Annales méd. psychol.*, Juillet et Octobre 1938.
- FALRET (J.). — Maladies mentales et asiles d'aliénés. Paris 1864 (Baillièrè et fils).
- Maladies mentales et nerveuses. Paris 1890 (Baillièrè et Fils).
- FREY. — Conceptions de Kraepelin et conceptions françaises concernant les délires systématisés chroniques. Etude comparée. *Thèse Strasbourg*, 1923.
- GAUPP (R.). — Les tendances du développement de la psychiatrie allemande. *Ann. méd. psychol.*, Oct. 1938.
- HALBERSTADT. — L'opinion actuelle de Kraepelin sur la classification des états délirants. Groupe de Paraphrénies. *Revue de Psychiatrie*, 1912.
- La démence paranoïde. Etude psychologique. *Ann. Méd. Psych.*, Octobre 1924.
- HALBERSTADT. — L'œuvre psychiatrique de Kraepelin. *Ann. Méd. Psych.*, 1927-1-337.
- Syndromes anormaux au cours de la psychose maniaque dépressive. *Annales médic. psychol.* Février 1930.
- La Paraphrénie hallucinatoire. *Encéphale*, 1933, T. II, p. 601.

- Un cas de psychose paraphrénique complexe. *Ann. Méd. psychol.*, 1933, II, p. 303.
- JOFFROY. — Fièvre typhoïde et folie. Congrès des aliénistes, Lyon 1891.
- KRAEPELIN. — Lehrbuch der Psychiatrie. (Leipzig Barth, 1899).
- Lehrbuch der Psychiatrie. (Leipzig Barth, 1913).
- Hundert Jahre Psychiatrie.
- LAIGNEL-LAVASTINE et KAHN (P.). — Interprétations cénesthésiques absurdes chez un dément paranoïde ancien syphilitique. *Soc. de psychiatrie*, 19 nov. 1925.
- Paranoïa et début possible de démence paranoïde. *Soc. de psychiatrie*, 17 fév. 1927.
- LAIGNEL-LAVASTINE et BONNARD. — Délire de gynécopathie interne chez un débile mental. *Soc. de psychiatrie*, 15 nov. 1928.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Leçons sur la néo-sociabilité des aliénés. Nov.-Déc. 1939.
- LEGRAIN (M.). — Du délire chez les dégénérés. *Thèse Paris*, 1886.
- LEONHARD (K.). — Die Defektschizophrenen Krankheitsbilder. (Leipzig, 1936).
- LEURET. — Fragments psychologiques.
- LIEBER (Aug.). — Etats paranoïdes après commotion cérébrale. *Thèse Strasbourg*, 1939.
- MAGNAN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1893-1897, Paris.
- MAGNAN et SÉRIEUX. — Le délire chronique à évolution systématique. Paris, Masson, 1 vol.
- MALLET et MEUNIER. — Réactions de fatigue chez les prédisposés. Etats paranoïdes. (Publ. du centre psychiatr. de la VI^e région, 1914-1918).
- MARCHAND, ABÉLY (X.), BAUER. — Les états démentiels syphilitiques non progressifs. *Presse Médicale*, 10 mars 1928.
- MASSELON. — De certains caractères psychologiques de la démence précoce. Congr. des aliénistes, Pau, 1904.

- MINKOWSKI. — La schizophrénie. Paris, Payot.
- MOREL. — Traité des maladies mentales, 1860.
- NAYRAC (P.). — La démence paranoïde. *Thèse Lille*, 1924.
- NAYRAC, GERNEZ, DUVAL. — Les psychoses gravidiques et puerpérales. *Gazette des Hôpitaux*, 12 avril 1938.
- NODET (Ch. Henry). — Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. (Monographies neuro-psychiatriques, déc. 1937).
- PINEL. — Traité sur l'aliénation mentale. Paris, 1809 (Brosson).
- PAOLI (Ninode). — Paranoïa, démence précoce paranoïde et psychose paranoïde. *Revista sperimentale di Freniatria*, 15 juin 1910. (Analyse : *Revue Neurologique I*, 1911, p. 56).
- PASCAL (Mlle C.). — La démence précoce. (Paris, Alcan Ed.).
— Forme paranoïde de la paralysie générale. *L'Encéphale*, Juin 1914.
- PASCAL (Mlle C.) et VIÉ (J.). — Guérison d'une influence catatonique à la suite de vaccination anti-typhique. *Soc. de psychiatrie*, 15 nov. 1928.
- PFERSDORFF. — Les catégories du langage aphasique et la dissonance schizophrénique. *Annales Méd. Psychol.* Juin 1935.
- POTTIER (Claude). — Réflexions sur les troubles du langage dans les psychoses paranoïdes. *Thèse Paris*, 1930. Presses Universitaires.
- PRIVAT DE FORTUNIÉ. — Les psychoses paranoïdes. (Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Langue française), Limoges, 1932.
- RAVIART et NAYRAC (P.). — De la situation nosologique de la démence paranoïde. *Ann. Médic. Psychol.*, 1925.
- REGIS. — Précis de psychiatrie. Paris, Doin 1911.
- ROTH (Paul). — Le sort du délire dans 16 cas de psychoses hallucinatoires chroniques (paraphrénies et schizophrénies observés à l'asile de Stephansfeld (durée des maladies variant de 9 à 37 ans). *Thèse de Strasbourg*, 1937.
- ROUART (Julien). — Psychose maniaque dépressive et folies discordantes. *Thèse Paris*, 1935. Coueslant.

- SEGLAS. — Leçons sur les maladies mentales et nerveuses, 1895.
- SEGLAS (J.). — La démence paranoïde. *Ann. médic. Psychol.*, 1900, II, p. 232.
- SÉRIEUX. — Le délire chronique à évolution systématique et les psychoses des dégénérés. Congrès de Gand, 1891. (Engelcke).
- La démence précoce. Congrès de Gand 1901 et *Revue de la psychiatrie*. Juin 1902.
- Valentin Magnan. *Ann. Méd. Psychol.*, 1917-1918.
- SIVADON. — Les psychoses puerpérales et leurs séquelles. *Thèse Paris*, 1933, Le François.
- STECK. — Séquelles psychiques de l'Encéphalite léthargique. *Arch. Suisses de Neurol. et Psychiatr.*, 1927, f. 2.
- STRANSKY. — Die paranoïden Erkrankungen. Berlin 1913.
- TAMBURINI. — Démence précoce. *Revista sperimentale di Freniatria*, 15 juin 1910. Analyse *Revue Neurologique*, 1911, I, p. 55.
- TERRIEN (E.). — Les interprétations délirantes au cours de la démence précoce. *Thèse Paris*, 1913.
- TEULIE (G.). — Langage néologique et idées délirantes. *Thèse Bordeaux*, 1927.
- THUILLIER, LANDRY (Mme). — Les délires à évolution démentielle précoce. *Thèse Paris*, 1910.
- VALENCE. — Contribution à l'étude des états interprétatifs. *Thèse Paris*, 1927.
- VERMEYLEN et VERVAECKE. — Les formes psychosiques dans les P G malarisées. *Encéphale*, Oct. Nov. 1930.
- VIÉ (J.). — Un trouble de l'identification des personnes l'Illusion des Sosies. *Ann. Méd. psychol.*, Mars 1930.
- VIÉ et BOBE. — Les idées délirantes de grossesse. *Encéphale*, Juin 1932.
- VIÉ (J.). — Etude du caractère schizoïde dans les antécédents des D. P. *Paris Médical*, 6 août 1932.
- Les idées délirantes d'anthropopathie interne. Congrès de Bruxelles, Juillet 1935.
- VIÉ et QUERON (P.). — A propos du diagnostic des états

paranoïdes. Dessins et écrits d'un persécuté mégalo-
mane incohérent. *Soc. Méd. psychol.*, 14 fév. 1935.

VIÉ et VILLEMEZ. — Les démences vésaniques. *Soc. Méd. psychol.*, 23 déc. 1937.

— Sur l'évolution des délires d'influence. *S. Méd. psychol.*, 10 mars 1938.

VIÉ (J.). — Catatonie discordance. Noyau fondamental de la démence précoce. *Ann. Méd. Psychol.* N° 5, déc. 1938.

— Sur l'existence d'entités morbides en Psychiatrie et l'utilité et l'orientation de l'effort nosologique. *Ann. Méd. Psych.*, 20 avril 1940.

VIÉ (J.) et RACOULES (P.). — Sur la localisation de l'incohérence au délire. *Ann. Méd. Psych.* II, 1939.

VILLEMEZ (M.). — Les démences vésaniques. *Thèse Toulouse*, 1938.

WEYGANDT ROUBINOWITCH. — Atlas manuel de Psychiatrie, 1903.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	XI
CHAPITRE I. — LES DONNÉES HISTORIQUES DU PROBLÈME	1
Considérations linguistiques	1
Les conceptions de Kraepelin : démence paranoïde et paraphrénies	4
Création de la psychose paranoïde	19
Les délires mal systématisés devant l'école Française	21
Magnan, école française et démence paranoïde (SÉGLAS, SÉRIEUX, DENY, Mlle PASCAL, DIDE et GUIRAUD, PRIVAT DE FORTUNÉ)	23
CHASLIN et les Folies discordantes	33
Les états paranoïdes dans le cadre de la schisophrénie de BLEULER	34
Passage de la conception syndromique à la notion de structure délirante. H. CLAUDE et H. EY ..	40
Démembrement du syndrome paranoïde : école de Lille	46
CHAPITRE II. — SÉMIOLOGIE DES ÉTATS PARANOÏDES	54
<i>Caractères communs à tous les états paranoïdes.</i>	54
1) Délire paranoïde	57
2) Le langage et la pensée dans les états paranoïdes	71
3) Les Etats terminaux	76
<i>Démence précoce à forme paranoïde</i>	82
Signes, stades évolutifs, états terminaux, observations	82
<i>Psychose hallucinatoire chronique, forme paranoïde</i>	103

CHAPITRE III. — FACTEURS ÉTIOLOGIQUES ET ANOMALIES	
DU TERRAIN	123
A) <i>Les facteurs toxi-infectieux</i>	124
1) Etats paranoïdes d'origine puerpérale ...	124
2) Etats paranoïdes et syphilis	136
3) Etats paranoïdes post-confusionnels	156
4) Etats paranoïdes de l'encéphalite épidé-	
mique	164
5) Etats paranoïdes et tuberculose	165
6) Etats paranoïdes et présénilité	166
B) <i>Les anomalies du terrain</i>	169
Psychoses hallucinatoires des dégénérés, des	
déséquilibrés, des débiles	182
Psychoses paranoïdes et évolution périodique	187
CONCLUSIONS	200
BIBLIOGRAPHIE	203

